



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario. Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca, 2017.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORES:

Br. Guzmán Gaona, Carlos
Br. Julca Araujo, Juan

ASESORA:

Dra. Lora Loza Miryam Griselda

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2018

Pagina deljurado

Mg.Enma Pepita Verastegui Gálvez
Presidente

Mg. Jorge Luis AgredaDías
Secretario

Dra. Miryam Griselda Lora Loza
Vocal

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme guiado y fortalecido a seguir aprendiendo los conocimientos necesarios para ser un buen profesional.

A mi familia

Por su apoyo constante, por darme las fuerzas necesarias cada día para seguir adelante cumpliendo mis metas.

A mi hija Camila

Porque su amor me motiva a seguir exigiéndome a ser un mejor ser humano cada día.

Br. Guzmán Gaona, Carlos

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar a este día y culminar uno más de mis logros como profesional y sobre todo porque nunca me ha desamparado.

A mi familia

Por su apoyo sincero y permanente, por darme las fuerzas necesarias cada día para seguir adelante cumpliendo mis metas.

A mi padre

Por su apoyo constante, paciencia, hospitalidad y consejos que me ha brindado a lo largo de todos estos años de vida .

Br. Julca Araujo, Juan

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora, Dra. Miryam Griselda Lora Loza

Por su apoyo constante en la realización de esta tesis. A nuestros docentes de Postgrado de la Universidad César Vallejo, por su contribución con nuestra formación académica.

A la dra. Carmen Gloria Sagastegui Ponsignon, jefa del centro de salud Simón Bolívar, por permitirnos aplicar nuestras encuestas para nuestro proyecto de tesis.

A todas las autoridades y trabajadores de la Universidad Cesar Vallejo, por brindarnos una atención de calidad.

Carlos Guzmán y Juan Julca

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros Bachilleres Carlos ElezarGuzmán Gaona y Juan Napoleón Julca Araujo, estudiantes del Programa de Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, declaramos que el trabajo académico titulado: “Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario. Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca, 2017.” es de nuestra autoría.

Por lo tanto declaramos lo siguiente:

1. Hemos plasmado en este trabajo de investigación todas las fuentes utilizadas, identificando adecuadamente toda cita textual o parafrasear otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos científicos.
2. De ninguna manera hemos colocado otra fuente bibliográfica que no se encuentre señalada en este trabajo de investigación.
3. Este trabajo de investigación no ha sido presentado parcialmente o totalmente para la adquisición de otro grado académico.
4. Damos autorización para que nuestro trabajo científico sea revisado electrónicamente en búsqueda de cualquier plagio.
5. Si encuentran en nuestro trabajo de investigación algún plagio, nos sometemos a las sanciones pertinentes.

Trujillo, 26Febrero de 2018

Br. Carlos Elezar Guzmán Gaona
DNI 41162943

Br. Juan Napoleón Julca Araujo.
DNI 19532282

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de grados y títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, presentamos a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario. Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca, 2017.”, con la finalidad de obtener el grado académico de Magister en Gestión en los Servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica, esperando por ello cumplir con los requisitos para su aprobación. En una primera parte se describe la realidad problemática y el estado del arte del área temática, precisándose las dimensiones de la adherencia al tratamiento farmacológico (características personales, estado psicológico, régimen terapéutico y el entorno asistencial del usuario) en relación con la satisfacción del usuario y sus dimensiones (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibilidad). Para tal efecto se aplicaron las escalas de Morisky et al., 1986 con una sensibilidad de 81% y una especificidad de 44% y Servqual de Parasuraman y Cols (1988) / MINSA 2011 validada con punto de corte de 0,60 A 73% en Expertos el con coeficientes Alfa de Cronbach entre 0.808 y 0,863. Se continúa con la exposición y discusión de los resultados, extrayéndose conclusiones y recomendaciones relativas al cuidado de la salud.

Por lo expuesto señores miembros del jurado recibimos vuestros aportes y sugerencias para seguir mejorando el presente trabajo de investigación, así como la comprensión ante errores involuntarios que sabremos enmendar.

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
PRESENTACIÓN	vii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCION:.....	12
1.1. Realidad Problemática:.....	12
1.2. Trabajos Previos.....	16
1.3. Teorías Relacionadas al Tema	22
1.4. Formulación del Problema de Investigación	28
1.5. Justificación	28
1.6. Hipótesis	30
1.7. Objetivos	30
II. METODOLOGÍA.....	32
2.1. Tipo de Estudio	32
2.2. Diseño De Investigación.....	32
2.3. Identificación y operacionalización de variables.....	33
2.4. Población, Muestra y Muestreo.....	35
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	39
2.6. Métodos de Análisis de Datos	43
2.7. Aspectos Éticos	44
III. RESULTADOS.....	46
IV. DISCUSIÓN.....	54
V. CONCLUSIONES.....	59
VI. RECOMENDACIONES.....	60
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Distribución de la población en estudio	35
Tabla 2: Distribución de muestra por estratos	38
Tabla 3: Dimensiones causales de la adherencia.....	40
Tabla 4: Ficha Técnica, Validación y confiabilidad del Servqual (MINSA, 2011).....	42
Tabla5: Identificación de la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos según sus dimensiones causales en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.....	46
Tabla 6: Relación general entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.....	48
Tabla 7: Relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	49
Tabla 8: Relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	50
Tabla 9: Relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	51
Tabla 10: Relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	52
Tabla 11: Relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	53

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017, se realizó una investigación descriptiva correlacional de diseño transversal en la que participaron 139 usuarios de ambos sexos y mayores de 18 años. Se hizo uso del método de Morisky para determinar la adherencia al tratamiento y la escala Servqual (MINSA 2011) para determinar la satisfacción del usuario con el servicio recibido. Se encontró que la mayoría de usuarios (75,5%) se adhieren al tratamiento farmacológico y no farmacológico y están satisfechos (59,7%) con la atención recibida. Las dimensiones causales de la adherencia son las referentes a las características personales como grado de instrucción, situación socioeconómica y el domicilio fijo; a la característica del régimen de tratamiento como frecuencia de administración; y, a las características del entorno asistencial como continuidad del tratamiento, accesibilidad y flexibilidad en el tratamiento. Se concluye que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los usuarios en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017, se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la satisfacción con el servicio recibido a niveles general y con la fiabilidad, empatía y la tangibilidad inherentes a la satisfacción del usuario.

Palabras claves: Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y, satisfacción del usuario

ABSTRACT

In order to determine the relationship between adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments with user satisfaction at the Simón Bolívar Health Center in Cajamarca, 2017, a correlational descriptive cross-sectional research was carried out in which 139 users of both sexes and over 18 years old. The Morisky method was used to determine adherence to treatment and the Servqual scale (MINSA 2011) to determine user satisfaction with the service received. It was found that the majority of users (75.5%) adhere to the treatment pharmacological and non-pharmacological and are satisfied (59.7%) with the care received. The causal dimensions of adherence are those related to personal characteristics such as level of education, socioeconomic status and fixed address; to the characteristic of the treatment regimen as frequency of administration; and, to the characteristics of the healthcare environment as continuity of treatment, accessibility and flexibility in treatment. It is concluded that the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in the user at the Simón Bolívar Health Center of Cajamarca, 2017, is significantly related ($p < 0.05$) to satisfaction with the service received at general levels and with the reliability, empathy and tangibility inherent in user satisfaction.

Key words: Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments and, user satisfaction

I. INTRODUCCION:

1.1. Realidad Problemática:

La Organización Mundial de la Salud define a la adherencia al tratamiento como adherencia terapéutica refiriéndose a ella como el “grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria”(OMS, 2003; 13). Este concepto poco ha cambiado desde la década pasada, sin embargo, **en** algún momento a se le conoció como “cumplimiento terapéutico” que expresaba una actitud pasiva del paciente, en la que él mismo acepta el tratamiento que indican. Luego se retomó el concepto de adherencia al tratamiento por su requerimiento de una relación activa entre el paciente con el personal de salud, con el fin de crear seguridad y confianza para así reducir o eliminar las complicaciones de un mal tratamiento fundamentalmente por la resistencia a los tratamientos iniciales (Cañas y Roca, 2012).

La perspectiva era ir dando una explicación cada vez más concreta y entendible sobre las altas tasas de abandono a los tratamientos (falta de adherencia a los tratamientos) farmacéuticos y no farmacéuticos. En todas las áreas se mostraban abandonos prematuros de los tratamientos que configuran problemas mayores no solo para la salud de los propios pacientes, sino también, para los sistemas sanitarios puesto que se convirtieron en importantes problemas médicos sociales de tal magnitud que en muchos países del mundo eran, y en algunos siguen siendo, la prioridad de las políticas sanitarias, por los costos que representaban y los daños mayores que causaban en la salud de las personas.

(Wu et al., 2010b; Hohneker et al., 2011).

Si tomamos por ejemplo los tratamientos farmacológicos en enfermos con cáncer, la no asimilación al tratamiento puede afectar el trayecto de la enfermedad (ASCO, 2008). En el estudio ADAGIO, que relaciona adherencia en pacientes cuyos tratamientos muestran relación entre la falta de adherencia y respuestas inadecuadas al tratamiento (Allen y Williamson,

2014). Marin et al. (2010) destacan que el 44% de los pacientes con Leucemia Mielógena Crónica (LMC) con alta adherencia consiguió Respuesta Citogenética Molecular (RCM) a los seis años frente al 0% de los pacientes con baja adherencia. Además, el 93,7% de los pacientes con adherencia mayor del 90% consiguió alcanzar una Respuesta Molecular adecuada (RMM) frente a sólo el 13,9% (Marin et al., 2010).

Otros estudios realizados con Imatinib demuestran también que la inadecuada adherencia afecta negativamente a la supervivencia libre de evento en la fase crónica de la LMC (76,6% de supervivencia libre de evento (SLE) frente a 59,8%), y a la consecución de Respuesta Citogenética Crónica (RCC) (44% vs 26%) (Ganesan et al., 2011).

Últimos estudios encuentran relación entre la respuesta al tratamiento a los 18 meses en pacientes con LMC (medida como RCC, RMM y riesgo de mortalidad) y la adherencia a Imatinib (Chen et al., 2014).

McCowan et al. (2008) encuentran una adherencia por debajo al 80% a los 2,4 años de tratamiento en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno, relacionándose con un alto riesgo de muerte (Hazard ratio 1,10, (1,001-1,21).

En pacientes adulto mayor la falta de adherencia también se ha relacionado a un aumento de hospitalizaciones (John et al., 2003) Igualmente, la no adherencia a Imatinib se ha relacionado con más tiempo en sector de hospitalización (29,9 días frente a 3,4 días) (Halpern et al., 2009).

Wu et al. (2010b) demuestran que los pacientes en tratamiento con imatinib con porcentajes de adherencia menores del 85%, además de más días de hospitalización, tienen un mayor número de consultas externas y un aumento en los costes derivados del 283% en comparación a pacientes con adherencia mayor o igual al 85%. Un 10% de incremento en la

adherencia al tratamiento se asocia con un 5% de disminución en los costes totales. Los costes totales relacionados con LMC o Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST) de pacientes en el primer año de tratamiento con Imatinib también se ven relacionados por la adherencia al tratamiento; 34.086 vs 103.118 \$ si la adherencia es mayor o igual al 90% o menor del 50% respectivamente.

En la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria descubrieron que el 40% de los pacientes no tienen una adecuada adherencia al tratamiento en general, lo que conlleva altos costes de 11.000 millones de euros al año y 18.400 muertes prematuras en España. También en Europa la falta de adherencia está manifestada en unos costes de hasta 125.000 millones de euros, colaborando a la muerte prematura de 200.000 personas/año. Por ello es urgente implantar programas específicos que mejoren los resultados en salud (De Benito, 17/02/2014).

En el caso de la adherencia al tratamiento no farmacológico podemos los casos más significativos están siendo presentados por gestantes que no cumplen con sus controles prenatales, en nuestro país se estima hasta un 60% de no adherencia a los tratamientos preventivos promocionales como la psicoprofilaxis y la alimentación sana, en el caso de diabetes mellitus se produce los dos aspectos del problema de no adherencia a los tratamientos tanto farmacológico como no farmacológico estimándose en 38 a 54% en nuestro país (Zela y Figueroa, 2015).

Por último, es necesario resaltar las consecuencias derivadas de una mala adherencia a los tratamientos por exceso, aunque son mucho menos numerosos los estudios publicados en este sentido. Allen y Williamson publican el caso de una paciente que voluntariamente no realizaba los descansos de capecitabina para conseguir un tratamiento más efectivo, asumiendo el aumento de Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM). Al empeorar los efectos adversos, se disminuyen las dosis de los medicamentos y retrasar los ciclos del tratamiento farmacológico y en el

caso de las embarazadas que no realizan o cumplen parcialmente con su psicoprofilaxis obstétrica a más riesgo de preeclampsia o eclampsia (Allen y Williamson, 2014).

Los estudios al respecto de las consecuencias clínicas y económicas que generan la falta de adherencia a los tratamientos, sitúan a éste problema en una de las fronteras que más separan la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco o tratamiento no farmacológico; concluyendo que la toma inadecuada de éstos afecta directamente al objetivo por el que fue prescrito o indicado para recuperación (OMS, 2003), pero, ¿qué pasa si el problema tiene su origen en la forma en que fue atendido el paciente, el trato que recibió de parte del proveedor del servicio de salud o en su percepción sobre el ambiente y contexto en que fue atendido?. Es decir, la interrogante que cae por su propio peso es ¿El proceso de adherencia a los tratamientos o el proceso de no adherencia a los tratamientos, podrían estar relacionado a la satisfacción del usuario por los servicios que se le brindaron al momento de la consulta o la atención? (Cañas, 2012).

Como se puede deducir, este es un problema de trabajo que hay que resolver toda vez que el comportamiento de un paciente no solo está relacionado con las recomendaciones de los profesionales de la salud sobre los medicamentos y/o tratamientos no farmacéuticos (seguimiento de una dieta o los cambios que debe hacer en su estilo de vida de acuerdo a su necesidad patológica), también está relacionado a la forma como el paciente emocionalmente refleja su compromiso, voluntario y de alianza con el personal de la salud en aras de satisfacer adecuadamente las necesidades de salud dentro de un proceso de atención (Gramage, 2016). El principio de la satisfacción de los usuarios con el servicio de salud recibido está aquí en la forma como el paciente pueda condicionar sus emociones y reflejarlas a sus comportamientos futuros en sus tratamientos y son pocos los estudios que dan cuenta de ello (OMS, 2015).

En usuarios externos del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017, la realidad no es otra que la descrita líneas arriba: más el 40% de

pacientes, aproximadamente, hacen abandono de los tratamientos tanto farmacéuticos como no farmacéuticos y, son muchos los esfuerzos que se realizan para la mejora de la continuidad asistencial, sobre todo en lo que se refiere a los cuidados de atención primaria (en lo no farmacológico) y clínica (en lo farmacológico). Esto impide que se haga efectivo el derecho de protección de la salud sobre todo porque la población usuaria de los servicios está considerada como una población vulnerable de alto riesgo, por su característica socioeconómica y geográfica de ser agrícola, minera y comerciante fundamentalmente en situación de pobreza y pobreza crítica. En pacientes de atención especializada el abandono a la terapia es menor (existe mayor adherencia a los tratamientos), pero la no adherencia a los tratamientos llega al 40% aproximadamente. Esto se ha constituido en un elemento clave en la atención sanitaria, puesto que la alta proporción de falta de adherencia a los tratamientos aumenta los costes sanitarios y necesariamente hay que trabajar con estrategias diferenciadas para evitarlo.

1.2. Trabajos Previos

No se han reportado estudios específicos sobre la relación entre la adherencia a los tratamientos y la satisfacción de los usuarios, sin embargo, tomamos como antecedentes empíricos estudios realizados por separado como:

Herrera M. (España, 2016) cuyo objetivo principal fue descubrir una variable para calcular la satisfacción de los pacientes con una alimentación en cinco hospitales del estado españoles que utilizan el sistema de línea fría refrigerada. El estudio cualitativo de diseño transversal concluye, entre otros, que sólo el 50% de los pacientes estarían considerados como pacientes con un alto grado de satisfacción total y dispuesto a cumplir con sus tratamiento y dietas (Herrera, 2016).

Así mismos, Gramage T (España, 2016), se propuso calcular la adherencia al tratamiento con antineoplásicos orales en pacientes atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del SFH del

Hospital Universitario Ramón y Cajal, España. El estudio observacional, prospectivo, analítico, de cohortes, consideró a un paciente adherente en una visita si fue adherente por cuatro métodos de medida, presentando una adherencia superior o igual al 90% medida por el registro de dispensaciones de Farmacia, entre el 90 y el 110% por recuento de comprimidos, si respondió correctamente al test de Morisky-Green y si obtuvo una puntuación superior o igual 90% de adherencia en el test de Haynes-Sackett. La adherencia se clasificó como variable categórica (Sí/No). Se encontró que en 716 (80,00%) de las 895 dispensaciones incluidas en el estudio los pacientes fueron considerados adherentes al tratamiento con ANEO. Sólo en 8 dispensaciones (4,47%), se consiguió detectar la falta de adherencia simultáneamente con los 4 métodos de medida. La adherencia media por registros de dispensación fue del $97,06 \pm 12,27\%$, con un 93,03% de pacientes adherentes. La media de adherencia por recuento de comprimidos fue del $97,11 \pm 14,12\%$, siendo el 70,62% de los pacientes adherentes. En el 3,64% de ellos (31), la falta de adherencia fue por exceso (entre el 110,42 y el 162,5%). Según el test de Morisky-Green, el 93,15% de los pacientes fueron adherentes y según el de Haynes-Sackett® el 96,07%. El 63,07% de pacientes presentaron persistencia a los seis meses de tratamiento con ANEO (Gramage, 2016).

Por su parte, Hidalgo, Falgera y Seguranyes (España, 2016), se propuso identificar los factores relacionados con la adherencia y el cumplimiento de las mujeres con los anticonceptivos hormonales orales (ACO). La búsqueda bibliográfica en PubMed, CINAHL, Cochrane Library, MEDES y ENFISPO en los últimos 10 años, encontró un total de 35 artículos originales en los cuales se señalaban como factores que mejoran el cumplimiento de los ACO a las ideas que tiene la mujer sobre el anticonceptivo oral, iniciar el método de forma rápida y el respaldo de la pareja. Los factores que determinan la adherencia son el coste de los ACO, el desconocimiento ante el no cumpliendo la toma de la píldora, y la rigurosidad de la toma de la píldora. La asesoría del anticonceptivo debe ser individualizado, teniendo presente las variables que afectan a la

adherencia y toma adecuada del anticonceptivo (Hidalgo, Falgera y Seguranyes, 2016).

Otro estudio de importancia fue realizado por Mendoza & Col. (Colombia, 2015), su meta era determinar la influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. El estudio descriptivo comparativo de casos y controles realizado en 570 gestantes adolescentes y 2093 gestantes mayores de veinte años de edad, cuyos neonatos fueron hospitalizados en una unidad neonatal, encontró que la edad materna entre los trece a diecinueve años de edad se encontraba asociada a la inadecuada adherencia al control prenatal, con el crecimiento del riesgo de prematuridad y/o bajo peso al nacer y de la mortalidad neonatal. Las determinantes de dicha situación son la escolaridad menor a once años, ausenciade pareja permanente, ausencia de seguridad social y antecedentes de gravidez mayor de 2 gestaciones (Mendoza y col., 2015)

Así mismo, Reyes S. et al. (México, 2015), su objetivo fue estimar la frecuencia de satisfacción y sus factores asociados en los usuarios de los servicios odontológicos en una jurisdicción sanitaria de Guerrero, México. Para ello realizó estudio transversal analítico en una muestra de 493 usuarios. Se encontró alto nivel de satisfacción (88%, 434/493) con el servicio recibido, y un cumplimiento de la expectativa de los usuarios de 59 % (285/484). Se concluyó que existe relación significativa entre el trato de la enfermera con la satisfacción y expectativa del usuario (Reyes, et al., 2015).

Por su parte, Santana J. et al. (Brasil, 2014), su objetivo fue evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la relación de ambos. El estudio trasversal con 275 pacientes internados en un hospital docente de la región Centro-Oeste de Brasil, encontró que entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás

clasificados como de bajo impacto. Los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Se concluye que a pesar del déficit de calidad, la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería es alta (Santana, et al., 2014).

Enríquez, M. (Ecuador, 2013) cuya meta era conocer los factores que determinan la adherencia en el control prenatal en mujeres gestantes en el Sub Centro de Salud del Cantón Quero. El estudio descriptivo se realizó a cincuenta y seis pacientes embarazadas que asistieron al control prenatal, encontrándose que el lugar donde vive la gestante, el tiempo para el acceso al establecimiento de salud y la ocupación son los factores que inciden en la relación a la adherencia al control prenatal, las mujeres solo acuden de uno a tres veces al control prenatal y lo hacen después de las doce semanas de gestación (Enríquez, 2013).

Martínez, Mayorga y Quevedo, (Colombia, 2012), se propusieron analizar las dificultades y retos que planteaba la adherencia al control prenatal: La investigación bibliográfica y documental se revisaron 15 estudios publicados entre el 2000 al 2011 en América Latina sobre la adherencia al control prenatal, encontrando que en el 60% de los estudios las embarazadas manifiestan que lo más difícil para no adherirse al control prenatal está relacionada con el Sistema de salud, seguido por el nivel educativo con un 53,33%, ello es un pilar importante para adherirse al control prenatal, otro carácter es el nivel socioeconómico con un 46%, el 20% de las investigaciones manifiestan la dificultad al nivel cultural y también hay similitudes del 26,6% en relación con redes de apoyo y estado emocional como variables determinantes a tener en cuenta la adherencia al control prenatal (Martínez, Mayorga y Quevedo, 2012).

También, Moreno M, et al. (México, 2012), su meta fue determinar las variables que relacionan la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo hospitalizado. La muestra: 127 madres de niños

hospitalizados en un hospital público de Monterrey, N.L., México. En el estudio descriptivo se encontró que el tratamiento del dolor fue una variable determinante para la satisfacción de las madres. La satisfacción de la madre con el servicio de hospitalización se asoció con la satisfacción con la atención de enfermería ($r_s = 0,458$; $p = 0,0001$). La edad del hijo, la cantidad de hospitalizaciones previas y la percepción de su estado de salud no fueron variables significativas para la satisfacción de las madres (Moreno et al., 2012).

Villacis, Becerra & Negrete (Colombia, 2012), desearon evaluar los efectos de la consulta para adolescentes con la calidad del control prenatal, en términos de edad gestacional de inicio, asistencia y cumplimiento del mismo. La investigación involucró a 167 adolescentes que asistieron por lo menos a un control en la clínica de gestantes adolescentes y a la consulta por especialista, hallándose que el número de controles prenatales fue significativamente mayor (más de 4 consultas) en el grupo que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes que en el grupo que asistieron a la consulta por especialista (RR 1.87 IC 95% 1.26- 2.76 $p < 0.001$). No hubo diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto al bajo peso al nacer y parto pre termino. La atención por especialistas ayuda significativamente la adherencia al control prenatal en comparación con la atención en la clínica de gestantes adolescentes (Villacis, Becerra & Negrete, 2012).

En nuestro país, Noel K. (Perú, 2016), su meta fue determinar los factores asociados al abandono del control prenatal en el centro de salud Los Libertadores, distrito de San Martín de Porres de Marzo a Mayo 2016. El estudio descriptivo transversal de casos y controles, en el cual participaron 48 gestantes que dejaron el control prenatal (casos) y 48 que no lo hicieron (control). Se hallaron con ideas personales como el temor al examen ginecológico y el no recordar la cita del control; los factores familiares como no sentir el respaldo de la familia y no tener tiempo para ir al control prenatal por los quehaceres del hogar y; los factores institucionales como el escaso tiempo de consulta prenatal y vivir distante del puesto de salud,

fueron los factores que se relacionaron significativamente con el abandono del control prenatal (Noel, 2016).

Huerta L.(Perú, 2015), su meta fue hallar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Enero del 2015. En el estudio descriptivo de corte transversal involucró a 77 usuarios, el 92.2% estuvieron satisfechos con la atención. Las dimensiones de fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles presentaron pacientes con más del 80% de satisfacción. Las variables con mayor insatisfacción fueron la atención en caja, admisión y laboratorio de emergencia; el trato del personal de emergencia y la limpieza y comodidad del servicio (Huerta, 2015).

Zela & Figueroa (Perú, 2015), su meta era encontrar los factores que determinan la adherencia de la gestante al control prenatal en el Centro de salud La Revolución de Juliaca. Agosto a noviembre del 2015. La investigación trabajó sobre 124 gestantes encontrándose que el 43% manifestaron una alta adherencia al control prenatal y el 57% una baja adherencia. Los factores socio demográficos (Condición socioeconómica de pobreza extrema en el 2%, área de procedencia rural 7%, estado civil soltera en el 2% de los casos, edad de la gestante mayor de 35 años, bajo nivel educativo y ocupación fuera del hogar en el 40%) influyen de manera negativa en la adherencia al control prenatal y los factores relacionados a los servicios de salud (Tiempo de espera para la atención, calidad durante la atención prenatal prolongada en el 14% maltrato del personal que la atiende en el 14% y la falta de seguro en el 14%.) influyen de manera negativa en la adherencia al control prenatal (Zela & Figueroa, 2015).

Acapana K, et al. (Perú, 2013), su meta fue encontrar el nivel de satisfacción del usuario externo que se atiende en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos. La investigación descriptiva, de corte transversal involucró a 150 usuarios externos de los Servicios del Centro

de Salud. Se halló predominó de la insatisfacción con un 58.2%. El factor que mostró mayor satisfacción fue la seguridad con 53%. Se concluyó que existe un mayor nivel de insatisfacción del usuario externo atendido en los diferentes servicios del Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos. Cuando el personal de salud lebrando mayor tiempo para que los usuarios despejen sus dudas y preguntas y le dieron una privacidad pertinente, ello trajo consigo un mayor grado de satisfacción (Acapana, et al, 2013).

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

1.3.1 Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico está condicionada por múltiples factores. Cuando se habla de adherencia y cumplimiento al tratamiento la población piensa que se habla de lo mismo. Antiguamente se refería al cumplimiento al tratamiento como la toma adecuada de los medicamentos, en la actualidad usamos el termino adherencia para englobar la actitud positiva del paciente al cumplimiento del tratamiento dictada por un médico o profesional de la salud. En conclusión, la adherencia al tratamiento estaría relacionado al comportamiento humano con sus factores subjetivos, por ello debe ser especialmente comprendido, abordado y investigado (OMS, 2004; Fontanals et al., 2011).

También por lo antes mencionado se puede considerar que la adherencia tiene dos ideas grandes: cumplimiento de dosis y forma de administración, y persistencia en la duración del tratamiento prescrito (Nogués Solán et al., 2007).

Las variables que determinan la adherencia al tratamiento pueden clasificarse en cuatro categorías: relacionados con el paciente (edad, raza, nivel cultural, situación socioeconómica, factores psicológicos (como situaciones de estrés, ansiedad, otras enfermedades, etc.), la propia enfermedad, los fármacos prescritos (cantidad de fármacos, cantidad de comprimidos, frecuencia de administración, interacción con alimentos, aparición de efectos adversos, etc.) y con el entorno asistencial (Kondryn et al., 2011).

Hoy se ha agregado otro factor relativo al hecho que la mayoría de los medicamentos se dispensan en los sistemas de seguros sociales (EsSalud en nuestro país) exclusivamente en los servicios de Farmacia Hospitalaria , lo que da un nuevo ambiente de estudio donde el seguimiento de la adherencia de estos pacientes por parte del farmacéutico en el hospital puede ayudar a corregir el fracaso terapéutico, la disminución de errores y de problemas relacionados con estos medicamentos, y el aumento de costes derivado de ello.

Factores relacionados con el paciente. - Varios estudios han tratado de hallar un tipo de relación entre las características sociodemográficas y la adherencia, pero solo pocos estudios encontraron relación de la adherencia con la edad, la raza, el nivel cultural o la situación económica. Por otro lado, los pacientes con domicilio fijo y soporte social parecen presentar una mejor adherencia que los que no lo tienen (Escobar et al., 2010; Cadena, 2010).

Las variables relacionadas a la psicología como la depresión, ansiedad, estrés (Escobar et al., 2008) o los problemas de salud psiquiátricos disminuyen la adherencia al tratamiento. También, la adicción activa a drogas o alcohol se han relacionado como factor de riesgo relacionado con una inadecuada adherencia al tratamiento (Escobar et al., 2003; Södergård et al., 2006). También las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la toma de medicamentos, la enfermedad y el equipo asistencial condicionan la aceptación y cumplimiento del tratamiento antirretroviral. (Escobar et al., 2008; Mills et al., 2006; Södergård et al., 2006).

Por ello, se ha publicado en España el estudio ARPAS, en el cual se ha demostrado que la satisfacción de los pacientes con su tratamiento tiene una relación directa con la adherencia al mismo. También se encontró que la autoeficacia, la cual se define como la creencia del paciente a poder adherirse al tratamiento recibido, también se identificó que esta auto

eficacia está relacionado directamente al tratamiento de antiretrovirales (Lynam et al., 2009).

Factores relacionados con la enfermedad. -La salud y percepción de cada paciente también influye en la adherencia. Las investigaciones que estudian la relación entre el estadio de la enfermedad y la adherencia han tenido resultados opuestos, pero en uno de ellos, los pacientes en estadio B o C presentaban una mejor adherencia que los pacientes en estadio A, ya que relacionan la baja adherencia con un mayor riesgo de complicaciones (OMS, 2015).

Se sabe que ante una enfermedad que no tenga un tratamiento hay un mal pronóstico de dicha enfermedad, aunque a veces los tratamientos son complejos y presentan efectos adversos (McCowan et al., 2008).

Factores relacionados con el régimen terapéutico. -Muchas investigaciones concluyeron que la adherencia de los pacientes a tratamientos por enfermedades crónicas disminuye cuando es mayor el número de medicamentos y aumenta la frecuencia de administración (Marin et al., 2010).

Los tratamientos con antirretrovirales no son una excepción, y investigaciones específicas también han demostrado que la adherencia es menor cuanto mayor es la complejidad del tratamiento (Escobar et al., 2003).

La interferencia con los hábitos diarios y el condicionamiento de determinados fármacos antirretrovirales a ser administrados en presencia o no de alimentos, también dificulta el cumplimiento y es la causa de que algunos de los pacientes abandonen los tratamientos o no los cumplan correctamente (Sánchez, 2010).

Los efectos adversos son una variable relacionada directamente con la adherencia al tratamiento. Muchos pacientes dejan el tratamiento para evitar la sintomatología (sobre todo cuando es con antiretrovirales) que producen reacciones adversas, indiferentemente de su relevancia clínica (Escobar et al., 2008)

Factores relacionados con el entorno asistencial. -La adherencia al tratamiento está relacionada por la relación que se establezca entre el equipo asistencial y el paciente. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad con el médico y el resto del equipo son factores que influyen de manera favorable. Cuando un médico y su paciente toman decisiones en un marco de confianza, así como el adecuado flujo de información acerca de la enfermedad entre ambos, es fundamental para favorecer la adherencia y obtener un nivel adecuado de calidad asistencial. El grupo de salud asistencial debe ser preferentemente multidisciplinario (Escobar et al., 2008; Mills et al., 2006; Södergård et al., 2006).

1.3.2 Satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es algo fundamental para cualquier institución sanitaria y una medida del resultado y la calidad de sus intervenciones; su nivel se obtiene de la concurrencia del binomio expectativas-calidad percibida; lo más utilizado para su medida ha sido la encuesta de opinión, que permite detectar aspectos susceptibles de mejora (Efficace et al, 2012).

La percepción del usuario cuenta con pocos o nulos conocimientos sobre las características de los servicios que se les brinda, lo que ha dado paso a una situación en la que representa un papel de agente activo en la organización sanitaria. En sentido empresarial, se trata de una orientación del servicio al cliente (en este caso, externo) y la preocupación por satisfacer sus necesidades. Las herramientas de medida previas se han focalizado en métodos de búsqueda del riesgo o han estudiado la

satisfacción de los pacientes con relación a algunos aspectos de la atención (OR-OMS-EU, 2015)

Por ello, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Una negativa experiencia influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias buenas. La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción unido a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias, en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de ésta (OMS/BM, 2015).

Al poder medir la satisfacción podemos evaluar más objetivamente los servicios de salud porque nos da información como perciben la calidad de atención a los usuarios. Lo esencial al realizar el análisis de la satisfacción es ayudar con información al personal, administradores y gestores del sistema de salud, para captar la percepción de los usuarios sobre sus insatisfacciones y de las cuales podemos mejorar circunstancias, actitudes o comportamientos del sistema de salud. Es sabido que, en los hospitales, las molestias del usuario son principalmente la espera excesiva para una consulta externa o para la admisión o la mala o insuficiente información o los aspectos relacionados con la atención (MINSA, 2011; OMS/BM, 2015).

Con respecto a la medición de la calidad percibida, las propuestas más importantes han sido la escala SERVQUAL (Parasunaran et al., 1988), que recoge informaciones sobre percepciones y expectativas para cada atributo y la escala SERVPERF (Cronin et al., 1994), que recoge solamente percepciones. (Johns et al., 1998) indicaron que algunos servicios de los hospitales habían fallado en proporcionar patrones claros de los factores en SERVQUAL al no considerar las diferentes necesidades de los usuarios. En nuestro país el Servqual fue adaptado y validado a nivel nacional por el

Ministerio de Salud (2011) y considero 5 dimensiones: fiabilidad, socio-demográficos, seguridad, empatía y aspectos tangibles.

Los aspectos tangibles. Esta referido a la apariencia física de las instalaciones, equipos, personal y material de comunicación. Es la facción observable del servicio propuesto. Se conceptualiza como tangible al aspecto del establecimiento físicas, el equipo, los trabajadores y los materiales de comunicación. Todos ellos transfieren imágenes físicas de la atención a los usuarios, y en específico los recientes usuarios, emplearan para analizar la calidad. Es usual en las organizaciones de atención emplear los aspectos tangibles con la meta de destacar su representación, facilitando consistencia y señalar la calidad a los usuarios, la generalidad de las instituciones mezclan los tangibles con diferentes variables para diseñar una política de calidad (Hirji, 2013).

La fiabilidad. Se menciona que es la característica que presentan las instituciones para efectuar la atención brindada confiable y segura. La fiabilidad de un sistema es crear un servicio o producto sin errores y eludiendo el mínimo peligro, con un aspecto fundamental para la rivalidad de una empresa. En este contexto se indica como la habilidad para encontrar los riesgos, minimizar problemas y examinar respuestas con la mentalidad de eludir problemas; por medio del desarrollo de los procesos, invención en tecnología y instrucción del trabajador, el aprovisionamiento de materiales, efectuándose la atención ofrecida de manera fiable y segura (Hamui et al.,2013).

La capacidad de respuesta (responsabilidad). Es considerado como la capacidad de ayudar a los usuarios para proveerles un servicio rápido. Así mismo, Clemenza, Gotera, & Araujo (2010) indican que la Capacidad de respuesta se conceptualiza como la posibilidad para apoyar al usuario y de suministrar la atención de forma puntual. La Capacidad de respuesta es el deseo cooperar con los pacientes y de brindar la atención de forma puntual. Esta dimensión sobresale el servicio y la rapidez para dar

repuestas a los problemas, las exigencias y las dificultades de los pacientes.

La seguridad. Es definido como el nivel de información y servicio brindado por los profesionales. La seguridad, como el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza; esto es confirmado por Espinoza et al. (2010) quien define que la seguridad es la información de la atención y la amabilidad brindada, cordialidad de los empleados; tal como, su capacidad para irradiar credulidad al paciente.

La empatía. Se conceptualiza como el servicio personalizado que brinda la organización al paciente. Mencionan que es manejar a los pacientes como individuos. La empatía se conceptualiza como el servicio cuidadoso y personalizado donde la institución le ofrece y transfiere a sus pacientes una atención individualizada o idónea y le crea la noción de ser esenciales e importantes (MINSA, 2011).

1.4. Formulación del Problema de Investigación

¿Cuál es la relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017?

1.5. Justificación

Teóricamente la investigación nos permitió responderá la creciente preocupación de la comunidad científica nacional e internacional, así como de los organismos internacionales como la OMS y OPS, por explicarse el porqué de los altos porcentajes de no adherencia a los tratamientos y de insatisfacción del usuario de los servicios de salud, a pesar que las políticas del sector salud han avanzado mucho en comprender mejor que antes el comportamiento humano y que todo ello tendría que llevarnos a planteamientos estratégicos certeros y, sin embargo, no es así, lo que nos está diciendo que algo pasa y que no lo estamos identificando. De allí su

importancia en la lógica de una mejor aproximación a la realidad médico social e institucional en que vivimos (OMS, 2014).

También contribuye con el desarrollo del corpus teórico del área temática ya que son pocos los estudios que se han orientado hacia el análisis de la relación entre la adherencia a los tratamientos y la satisfacción del usuario con los servicios de salud, además de estar direccionados en temas puntuales: adherencia a los tratamientos terapéuticos clínicos con retrovirales, tratamientos en casos de cáncer especialmente con las quimioterapias, abandono de control prenatal y especialmente de la psicoprofilaxis obstétrica, tratamientos combinados para diferentes tipos de diabetes, etc.

En el campo médico social la investigación aporta al desarrollo del conocimiento tomando en cuenta que en la época actual se pasa rápidamente de lo local a lo internacional y viceversa y que el conocimiento es considerado un bien fundamental para todo, lo que encaja perfectamente en la forma como los fenómenos médicos sociales pueden ser interpretados y analizados a través de los procesos en que se desarrollan, traslapan y/o se complejizan al máximo (OMS, 2015).

En términos prácticos la investigación contribuye con los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud en la medida que en los últimos años, la investigación sobre la adherencia a los tratamientos y la satisfacción del usuario con los servicios de salud que recibe, se han convertido en prioridades en las políticas de salud para los Estados y gobiernos de turno en todo el mundo, por los costos que representan los altos índices de no adherencia a los tratamientos y los bajos índices de calidad que reflejan la insatisfacción por los servicios recibidos.

Por último, la investigación servirá de base para investigaciones futuras sobre la calidad de la atención, de cara a la prestación de servicios y la

forma como estos pueden ser potencializados para mejorar su calidad en la lógica de atender los problemas de salud de la población.

1.6. Hipótesis

Ha. La adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Ho. La adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos no se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

1.7. Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Identificar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según sus dimensiones como: características personales, estado psicológico, régimen terapéutico y el entorno asistencial del usuario.
- Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario
- Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario
- Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario.

- Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la empatía inherente a la satisfacción del usuario
- Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario.

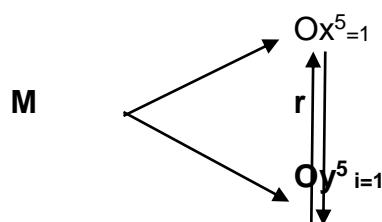
II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de Estudio

Descriptivo correlacional, no experimental (Hernández, 2012). Este tipo de estudio permitirá describir correlaciones entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción de usuarios y sus dimensiones en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017, cuantificando la frecuencia y estableciendo valoración estadística a las dichas correlaciones. El objeto fue describir cómo son y cómo se manifiestan estas correlaciones dentro del fenómeno o problema en estudio. En este proceso no se manipularon las variables, solo se determinaron fenómenos o hechos que ya pasaron (Hernández, Fernández y Baptista, 2012).

2.2. Diseño De Investigación

Diseño descriptivo correlacional de carácter transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2012).



Dónde:

M: Representa la muestra considerada para el estudio

X: Representa la variable: Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Y: Representa la variable: Satisfacción de usuarios

O: Representa las observaciones a efectuar a las variables

Ox⁵: Representa a la observación y medición general de la variable Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y según las características personales, estado psicológico, régimen terapéutico y el entorno asistencial del usuario (i=1).

Oy⁵: Representa a la observación y medición general de la variable Satisfacción de usuarios y de sus dimensiones: Empatía, capacidad de respuesta (responsabilidad), fiabilidad, seguridad, tangibilidad (i=1).

r: Representa la relación que existe entre las variables

2.3. Identificación y operacionalización de variables

Variable I: Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Variable II: Satisfacción de usuarios

2.3.1 Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Nivel de medición
Adherencia al tratamiento (Farmacológico y no farmacológico)	Comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos. Es entendida como una actitud del paciente que implica su compromiso a la medicación o tratamiento prescrita por el médico u otro profesional de salud autorizado, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico (OMS, 2003)	Resultados de aplicar Test de Morisky-Green (Morisky et al., 1986), Versión española de (Jiménez et al. 1992) que incluye 4 interrogantes: 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? 2. ¿Toma siempre los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?	1.1 Características personales	<ul style="list-style-type: none"> Edad Grado de instrucción Situación socioeconómica Domicilio fijo Soporte social 	Adherencia No adherencia	Razón
			1.2 Estado psicológico	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Depresión Estrés Enfermedad psiquiátrica Actitudes negativas por uso de drogas y/o alcohol 	Adherencia No adherencia	Razón
			1.3 Estado de la enfermedad	Avanzado	Adherencia No adherencia	Razón
			1.4 Régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> Número de fármacos Frecuencia de la administración 	Adherencia No adherencia	Razón
			1.5 Entorno asistencial	<ul style="list-style-type: none"> Confianza Continuidad Accesibilidad Flexibilidad Confidencialidad 	Adherencia No adherencia	Razón
Satisfacción de usuarios	Percepción de la calidad del servicio recibido por parte del usuario, se enfoca en los elementos de la empatía, Capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y tangibilidad. (Minsa, 2011)	Resultado de la aplicación de la escala multidimensional Servqual que toma en cuenta al acumulado de las dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Este acumulado será calificado de forma cualitativa, mediante la siguiente escala ordinal: Satisfecho = 89 – 154 Insatisfecho = 22 – 88	2.1 Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Descripción de procesos. Entiende los procesos. Brindan información precisa sobre tratamientos. Presentan alternativas para solucionar problemas. 	Satisfecho (21 – 35) Insatisfecho (5 – 20)	intervalo
			2.2 Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> Atención rápida Dinamismo del profesional en salud. Requerimientos del profesional. El profesional cumple requerimiento en cuanto a seguridad. 	Satisfecho (17 – 28) Insatisfecho (4 – 16)	intervalo
			2.3 Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Privacidad en la atención Confianza entre Ud. y el profesional Reserva de información personal. Reincidir en atenderse en este establecimiento. 	Satisfecho (17 – 28) Insatisfecho (4 – 16)	intervalo
			2.4 Empatía	<ul style="list-style-type: none"> Amabilidad Buena relación interpersonal. Buena comunicación Buen trato por parte del profesional. Respeto de la opinión. 	Satisfecho (21 – 35) Insatisfecho (5 – 20)	intervalo
			2.5 Tangibles	<ul style="list-style-type: none"> Privacidad Comodidad Equipos y materiales Material para consulta 	Satisfecho (17 – 28) Insatisfecho (4 – 16)	intervalo

2.4. Población, Muestra y Muestreo

2.4.1 Población

La población está constituida por 4,044 usuarios que en promedio al mes se atienden en los servicios que brinda el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca: Fuente: Oficina de informática y estadística del Centro de salud Simón Bolívar de Cajamarca, Región Cajamarca.

Tabla 1: Distribución de la población en estudio

Servicios	Usuarios promedio en un mes
Medicina General	118
Neumología	11
Dermatología	72
Oftalmología	77
Pediatría	239
Gineco-Obstetricia	189
Radiología	50
Obstetricia	639
Nutrición	196
Odontología	481
Psicología	545
Enfermería	1224
Técnicasde Enfermería	203
Total	4,044

2.4.2 Muestra

Se incluirá a139 usuarios que en promedio al mes se atienden en los servicios que brinda el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca.

2.4.3 Muestreo

Se hizo uso de un muestreo probabilístico estratificado según los servicios que brinda el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca.

El primer procedimiento de desarrolló considerando n' como el número mínimo de unidades de análisis (usuarios de los servicios de salud) que necesitábamos para conformar una muestra que nos asegure un error estándar menor de 0.025 (fijado por los investigadores). Dado que la población n' es de 4,044, se inquirió que la probabilidad de ocurrencia \hat{y} tenga un valor basado en observaciones nuestras que se situaran en un intervalo que comprende al verdadero valor de la población. Es decir, el estimado \hat{y} se acercó a \bar{Y} (valor real). Se estableció un valor estándar fijado en 0.025 de tal manera que las fluctuaciones promedio de nuestro estimado \hat{y} con respecto a los valores reales de la población \bar{Y} , no sea > 0.01 , es decir que de 100 casos, 99 veces nuestra predicción es correcta y el valor de \hat{y} se sitúo en un intervalo de confianza que comprendió el valor de \bar{Y} .

La fórmula utilizada para determinar el tamaño de n (muestra no reajustada a la población real) es la siguiente:

$$n = \frac{S^2}{V^2} = \frac{\text{Varianza de la muestra}}{\text{Varianza de la población}}$$

Reemplazando

$$S^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.09$$

$$V^2 = (0.025)^2 = 0.000625$$

$$n = \frac{0.09}{0.000625} = 144$$

La fórmula utilizada para determinar el tamaño de N (muestra reajustada a la población real) es la siguiente:

$$N = \frac{n}{1 + n/n'}$$

Reemplazando:

$$N = \frac{144}{1 + \frac{144}{4044}}$$

4,044

$$N = \frac{144}{1,0356083086053412} = 139.0487106017192$$

$$N = 139$$

Donde:

S^2 : Varianza de la muestra

V^2 : Varianza de la población

N : Tamaño de la muestra reajustada a la población real

n : Tamaño de la muestra no reajustada a la población real

n' : Población real

El segundo procedimiento es la estratificación de la muestra que consiste en seleccionar a los usuarios en estudio de acuerdo a los servicios donde se atienden.

$$f_h = \frac{N}{n'} = kSh$$

Reemplazando:

$$f_h = \frac{139}{4044} = 0.0343719090009891$$

Donde f_h es la fracción para cada estrato (según el servicio donde se atiende el usuario), N el tamaño de la muestra, n' el tamaño de la población, Sh es la desviación estándar de cada elemento en el estrato h , y k es una porción constante que nos dio como resultado una η óptima para cada estrato. La fracción para cada estrato se presenta en el cuadro de distribución de muestra según el servicio donde se atiende el usuario, de manera que el total de la subpoblación se multiplicó por esta fracción constante (**$Nh \times f_h$**) en servicio donde se atiende el usuario a fin de obtener el tamaño de muestra para el estrato (**nh**). Matematizando el procedimiento tenemos:

Tabla 2: Distribución de muestra por estratos

Cod.	ESTRATOS (SERVICIOS DE ATENCIÓN)	Total de la población por estrato (Nh)	Aplicación de formula (Nh x fh)	Muestra por estrato (nh)	(nh)
01	Medicina General	118	$118 \times 0.0343719090009891$	4.1	4
02	Neumología	11	$11 \times 0.0343719090009891$	0.4	0
03	Dermatología	72	$72 \times 0.0343719090009891$	2.4	2
04	Oftalmología	77	$77 \times 0.0343719090009891$	2.6	3
05	Pediatría	239	$239 \times 0.0343719090009891$	8.3	8
06	Gineco-Obstetricia	189	$189 \times 0.0343719090009891$	6.5	6
07	Radiología	50	$50 \times 0.0343719090009891$	1.8	2
08	Obstetricia	639	$639 \times 0.0343719090009891$	21.9	22
09	Nutrición	196	$196 \times 0.0343719090009891$	6.7	7
10	Odontología	481	$481 \times 0.0343719090009891$	16.5	17
11	Psicología	545	$545 \times 0.0343719090009891$	18.7	19
12	Enfermería	1224	$1224 \times 0.0343719090009891$	42.1	42
13	Técnicas De Enfermería	203	$203 \times 0.0343719090009891$	6.9	7
Total					139

2.4.4 Criterios de selección

2.4.4.1 Criterios de inclusión

- Usuarios mayores de 18 años de los servicios brindados en el hospital Simón Bolívar de Cajamarca
- No presentar problemas psicológicos al momento de la encuesta
- Aceptar voluntariamente participar del estudio

2.4.4.2 Criterios de exclusión

- Estar incapacitado físicamente para responder el cuestionario del estudio al momento del estudio.
- Los que no desearon participar del estudio.

2.4.5 Unidad de análisis

Usuarios de los servicios brindados en el Centro de salud Simón Bolívar de Cajamarca.

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

2.5.1 Técnica:

Cuestionario y Encuesta

Aplicación semi asistida de cuestionario: el test de adherencia contiene cuatro preguntas que se hacen entremezcladas con la conversación y de manera cordial, tal cual se pide datos de filiación del usuario.

La escala multidimensional Servqual se aplica como una encuesta con abordaje persona a persona.

2.5.2 Instrumento

Test de Morisky-Green (Morisky et al., 1986). Consiste en una serie de cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) que reflejan la conducta del paciente respecto a la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Escala multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasuraman y Cols (1988) diseñada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios privados, asumida por el Ministerio de Salud con pequeñas modificaciones en el modelo y el contenido del cuestionario, implementándose en los servicios de salud de nuestro país y contiene 22 ítems medidos en una escala de Likert (Minsa, 2011).

2.5.3 Validación y confiabilidad del instrumento.

El Test de Morisky-Green (Morisky et al., 1986) está validado en la población española por Jiménez et al. (1992). Es un método sencillo, breve, y exige pocos requisitos socioculturales para comprenderlo. Pretende valorar si el usuario de los servicios de salud adopta actitudes correctas en relación a su tratamiento, asumiendo que si éstas son incorrectas el paciente no es adherente. Se considera adherente al usuario que contesta correctamente a las cuatro preguntas (ver Anexo 1). Si alguna respuesta es incorrecta, se califica como no adherente.

El cuestionario de adherencia al tratamiento farmacéutico y no farmacéutico (Test de Morisky-Green), incluye las siguientes interrogantes:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? SI/ NO
2. ¿Toma siempre los medicamentos a las horas indicadas? SI/NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? SI/NO
4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla? SI/NO

Para considerar una buena adherencia al tratamiento, la respuesta a todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

RESULTADO: () ADHERENTE () NO ADHERENTE

Además, proporciona información sobre las causas de la adherencia o no adherencia considerando a estos como las dimensiones donde se presenta ésta. Estas dimensiones son:

Tabla 3: Dimensiones causales de la adherencia.

1.1 Características personales	<ul style="list-style-type: none"> - Edad (≤19 años) (20-35 años) (36-65 años) (>65 años) - Grado de instrucción (Sin instrucción) (primaria) (secundaria) (Superior) - Situación socioeconómica (extrema pobreza) (pobreza) (media) (alta) (muy alta) - Domicilio fijo (SI) (NO) - Soporte social (SI) (NO)
1.2 Estado psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad (SI) (NO) - Depresión (SI) (NO) - Estrés (SI) (NO) - Enfermedad psiquiátrica (SI) (NO) - Actitudes negativas derivadas de la adicción a drogas u alcohol (SI) (NO)
1.3 Estado de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Avanzado (SI) (NO)

1.4 Régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Número de fármacos al día (menor 5) (mayor de 5) - Frecuencia de la administración (cada 2 o 4 h) (cada 8 o 12 h) (cada 24 h) (más de 24 h)
1.5 Entorno asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza (SI) (NO) - Continuidad (SI) (NO) - Accesibilidad (SI) (NO) - Flexibilidad (SI) (NO) - Confidencialidad con el médico y el resto del equipo (SI) (NO).

Este Cuestionario Asistido tiene una sensibilidad del 81% y una especificidad del 44% (Ibarra Barrueta, 2014).

Por otro lado La Escala multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasuraman y Cols (1988) se sustenta en los trabajos de Zeithaml, Valarie A.: Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. USA 1993 y de Parasuraman, A; Zeithaml, V. and Berry, Leonard.L SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 1988.

A demás cuenta con la aceptación del MINSA a través de los Documentos Técnicos: “Encuestas de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad en Salud, Perú, 2002”; Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, Perú, 2007; Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” Perú, 2006 y; la “Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo” (RM N° 527-2011/MINSA)

Tabla 4: Ficha Técnica, Validación y confiabilidad del Servqual (MINSA, 2011)

Nombre	Escala Servqual: Ministerio de Salud del Perú – MINSA (2011);
Autor	MINSA adaptada de Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry (1988)
Año	2011
Aplicación	A nivel nacional, Perú
Bases teóricas	Teoría relacionada con Escala SERVQUAL para medir calidad de servicio, bajo el auspicio del Marketing Science Institute
Versión	Primera.
Sujetos de aplicación	Varones y mujeres, pacientes de 20 entidades públicas y privadas de salud de las Regiones: Lima y Callao
Tipo de administración	Individual y colectiva
Duración	15 minutos
Normas de puntuación	General con 22 ítems para medir la satisfacción de Servicio y específica por dimensiones, elementos fiabilidad (5 ítems), Capacidad de respuesta (4 ítems), seguridad (4 ítems), empatía (5 ítems) y tangibilidad (4 ítems) Cada ítem se estructura en la escala numérica del 1 al 7. 1 se considera como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.
Campo de aplicación	Administración de localidad del servicio en entidades públicas y privadas a nivel nacional.
Validez Operativa	Validez de contenido a través de la inclusión de ítems en función de todos indicadores y dimensiones que conforman la variable calidad de servicio. Validez operativa 20 establecimientos de salud: Bayona Linares, Nancy Ysolina: Hospital Militar Central Cabello Morales, Emilio Andrés: Hospital Nacional Cayetano Heredia Castro Rojas, Miriam Corina: Disa V-Lima Ciudad Castro Villacorta, Ana Teresa: Disa V Lima Ciudad Cruzado Cachi, Segundo Baltazar: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Durand Carrion, Jesus Anais: Hospital San Jose Díaz Cabrel, Rosa Alicia: Microrred Los Olivos – Disa V Lima Ciudad Hinostrera Flores, Gilda: Instituto Nacional Materno Perinatal Moreno García, Zoila Rosa: Hospital Nacional Dos De Mayo Maldonado Noel, Ruth: Instituto Nacional De Salud Del Niño Lavado De La Flor, Glicería Del Carmen: H. N. Hipólito Unánue Leyton Valencia, Imelda Beatriz Hospital Santa Rosa Peñalva Castillo, Anani: Instituto Nacional Materno Perinatal Perez Goycochea, María Luz: Usaid-Peru-Calidad En Salud Perez Benites, Ana Yolanda Diresa Callao Quiroz Avilés, Luis Napoleón: Disa V Lima Ciudad Romero Chumpitaz, Antonio: Hospital Nacional Cayetano Heredia Sevillano Montañez, María El Socorro: Red De Salud Villa El Salvador Disa Lima Sur Silva Espinoza, Luz Yony: Hospital Puente Piedra Távora Talledo, Sandra Liliana: Red De Salud Lima Ciudad – Disa V Lima Ciudad.
Validación de expertos	Promedio otorgaron puntuaciones globales de 68% e indicadores: claridad 63%, objetividad 63%, actualidad 68%, organización 70%, suficiencia 60%, intencionalidad 73%, consistencia 70%, coherencia 70%, metodología 73%, correspondiéndole un nivel muy bueno. Expertos: Altez Arias, Eliana: Dcs – Dgsp Bayona Linares, Nancy Ysolina: Hospital Militar Central Balleto, Laura: Essalud Cardenas Garcia, Fresia Ismelda Elena: Denfesa Nacional-Minsa Chunga Ticse, Luis Fernando: Hospital Nacional Arzobispo Loayza Cruzate Cabrejos, Vicente Leonardo: Hospital Madre – Niño “San Bartolome” Corcuera Garcia, Luis: Dcs-Dgsp-Minsa Durand Carrion, Jesus Anais: Hospital San Jose Durand Concha, Fernando: Red De Salud Villa El Salvador Disa Lima Sur Figueroa B. Cecilia: Disa Lima Este Guardia Aguirre, Nidya: Parsalud García Corcuera, Luis Vicente: Dcs - Dgsp Loayza Fernández, Janet Roxana: Dcs - Dgsp Lazo Gonzales, Oswaldo: Upch Lavado De La Flor, Glicería Del Carmen: Hospital Nacional Hipolito Unanue Moya Grande, Jaime: Clínica Ricardo Palma Morales Bendezu, Milton: Prosynergy Ortega Carhuamaca, Susana: Geresca Calla O Pérez Goycochea, María Luz: Usaid Peru- Calidad En Salud Pereyra Quiroz, Maria: Dss-Dgsp-Minsa Parraga Aliaga, Tomas: Essalud Quiroz Aviles, Luis Napoleón: Disa V Lima Ciudad

	Silva Del Aguila, Jorge Demetrio: Hospital Fap Sevillano Montañez, María Del Socorro: Red De Salud Villa El Salvador Disa Lima Sur Santivañez Pimentel, Alvaro Cesar: Geresá Callao Suarez Cardenas, Teresa: Dgs-Dgsp-Minsa Vigo Obando, Ina: Upch Ypanaque Luyo, Pedro Josue: Dss-Dgsp-Minsa
Confiabilidad	Satisfacción General: Alfa de Cronbach 0.863 BUENO Empatías: Alfa de Cronbach: $\alpha=0,809$, ACEPTABLE. Capacidad de respuesta: Alfa de Cronbach: $\alpha=0,841$, BUENO. Fiabilidad: Alfa de Cronbach: $\alpha=0,821$, BUENO. Seguridad: Alfa de Cronbach: $\alpha=0,819$ BUENO. Tangible: Alfa de Cronbach: $\alpha=0,826$ BUENO.
Categorización de la medición general	Menor puntuación de expectativas y percepción 22 Mayor puntuación de expectativas y percepción 154 Categoría General: P-E Satisfecho (89 - 154 pts.) No satisfecho (22 -88 pts.)

Tanto el Test de Morisky-Green como la escala multidimensional Servqual son tomadas tal cual fueron validadas y se respaldan en el marco teórico delasmismas (Hernández, Fernández y Baptista, 2012)

2.5.4 Procedimiento.

- Una vez aprobado el presente proyecto de investigación se solicitaron los permisos correspondientes para abordar al usuario en los servicios dónde son atendidos y serán abordado en horarios que no interfieran con su proceso de atención.
- Se les informó sobre los objetivos y fines del estudio y se les pedirá respondan el cuestionario del estudio en forma voluntaria.
- Como constancia se pedirá firme una hoja de consentimiento informado.
- El tiempo aproximado para la aplicación del cuestionares es de 10 a 15 minutos.

2.6. Métodos de Análisis de Datos

- Se establecieron las categorías para cada variable en estudio. Consistió en colocar códigos numéricos mutuamente excluyentes a los registros de datos considerando los indicadores y anotar las categorías a la que correspondan.

- Cada categoría de los indicadores de las variables en estudio corresponde a una sola categoría de códigos. Las categorías de los códigos no se superponen.
- No se utilizaron caracteres especiales o espacios en blanco.
- Una vez establecidas las categorías de códigos se ingresaron los datos directamente a la computadora, utilizando como ayuda el programa estadístico SPSS /PC+V22.0
- Los datos se presentarán en tablas de múltiple entrada asignando frecuencia simple y ponderada y el valor estadístico de las relaciones.
- Se hace uso de Shi cuadro X^2 y debido a que la prueba de normalidad para el uso de Pearson's R no resultó positiva tanto a nivel descriptivo como inferencial (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk), Histograma, gráfico Q-Q normal y gráfico Q-Q normal sin tendencia; en tal sentido la prueba estadística a usar para determinar correlación fue el coeficiente de correlación de Spearman, según los requerimientos de los objetivos del estudio. Se establece un nivel de significancia de $p < 0,05$ (Ver anexo 2)

2.7. Aspectos Éticos

Cumpliendo los principios básicos de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempla los principios éticos del Reporte Belmont de respeto a las personas, que trata de la protección a la autonomía de las personas, y de beneficencia, en la que se intenta acrecentar los beneficios y disminuir los daños posibles de una intervención. Todos los datos recolectados serán estrictamente confidenciales y anónimos, y sólo el personal investigador tendrá acceso a ellos.

Además, contempla la Pauta 1 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (Ginebra; 2002); que menciona que los investigadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos

generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

También se considera la Pauta 4 y 5 de CIOMS en el desarrollo de la investigación, mediante el Consentimiento Informado, el investigador proporcione la siguiente información, explicando verbalmente, en otra forma de comunicación que el individuo entienda de manera explícita: Que se invitó al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria; Que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho, Expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.

Estableciendo adicionalmente que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del Responsable del Centro de salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017 y se solicitará el Consentimiento Informado de cada uno de los participantes.

Para garantizar la originalidad del presente trabajo se utiliza como herramienta al programa tipográfico Turnitin, para controlar los potenciales contenidos no originales mediante una comparación de los documentos enviados a varias bases de datos, utilizando un algoritmo propietario, mostrando las coincidencias de texto con otros documentos, así como un enlace al documento original.

III. RESULTADOS

Tabla 5:

Identificación de la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos según sus dimensiones causales en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

DIMENSIÓN CAUSAL		ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS				Total		X ² Sig.
		Adherencia Nº %		No Adherencia Nº %				
CARACTERÍSTICAS PERSONALES								
Edad	< 20 Años	18	12,9	8	5,8	26	18,7	X ² = 2,272 Sig.= 0,518
	20-45 Años	62	44,6	21	15,1	83	59,7	
	46-65 Años	21	15,1	5	3,6	26	18,7	
	> 65 Años	4	2,9	0	0,0	4	2,9	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Grado de instrucción	Sin Instrucción	13	9,4	6	4,3	19	13,7	X ² = 22,056 Sig.= 0,000
	Primaria	35	25,2	0	0,0	35	25,2	
	Secundaria	38	27,3	11	7,9	49	35,3	
	Superior	19	13,7	17	12,2	36	25,9	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Situación Socio económica	Pobreza	14	10,1	0	0,0	14	10,1	X ² = 13,858 Sig.= 0,001
	Media	91	65,5	31	22,3	122	87,8	
	Alta	0	0,0	3	2,2	3	2,2	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Domicilio fijo	Si	82	59,0	33	23,7	115	82,7	X ² = 6,466 Sig.= 0,011
	No	23	16,5	1	0,7	24	17,3	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Soporte Social	Si	68	48,9	19	13,7	87	62,6	X ² = 0,865 Sig.= 0,352
	No	37	26,6	15	10,8	52	37,4	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
ESTADO PSICOLÓGICO								
Ansiedad	Si	9	6,5	0	0,0	9	6,5	X ² = 3,116 Sig.= 0,78
	No	96	69,1	34	24,5	130	93,5	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Depresión	Si	15	10,8	5	3,6	20	14,4	X ² = 0,004 Sig.= 0,952
	No	90	64,7	29	20,9	119	85,6	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Estrés	Si	38	27,3	15	10,8	53	38,1	X ² = 0,684 Sig.= 0,405
	No	67	48,2	19	13,7	86	61,9	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
ESTADO DE ENFERMEDAD								
Avanzado	Si	14	10,1	5	3,6	19	13,7	X ² = 0,041 Sig.= 0,840
	No	91	65,5	29	20,9	120	86,3	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
RÉGIMEN TERAPÉUTICO								
Nº de fármacos al día	≤5	87	62,6	29	20,9	11	83,5	X ² = 0,110 Sig.= 0,740
	>5	18	12,9	5	3,6	23	16,5	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Frecuencia de administración	De 2 ò 4 horas	20	14,4	8	5,8	28	20,1	X ² = 6,295 Sig.= 0,043
	De 8 ò 12 horas	84	60,4	23	16,5	107	77,0	
	De 24 horas	1	0,7	3	2,2	4	2,9	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
ENTORNO ASISTENCIAL								
Confianza	Si	64	46,0	24	17,3	88	63,3	X ² = 1,027 Sig.= 0,311
	No	41	29,5	10	7,2	51	36,7	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Continuidad	Si	45	32,4	26	18,7	71	51,1	X ² = 11,613 Sig.= 0,001
	No	60	43,2	8	5,68	68	48,9	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Accesibilidad	Si	14	10,1	20	14,4	34	24,5	X ² = 28,764 Sig.= 0,000
	No	91	65,5	14	10,1	105	75,5	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Flexibilidad	Si	11	7,9	15	10,8	26	18,7	X ² = 19,115 Sig.= 0,000
	No	94	67,6	19	13,7	113	81,3	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	
Confidencialida d	Si	63	45,3	19	13,7	82	59,0	X ² = 0,180 Sig.= 0,671
	No	42	30,2	15	10,8	57	41,0	
Total		105	75,5	34	24,5	139	100	

La Tabla Nº 5 nos muestra que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos representa a una gran mayoría de usuario (75,5%) del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Por características personales los usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017 son mayoritariamente de 20 a 45 años (59,7%), con estudios de secundaria (35,3%), situación socioeconómica media (87,8%), cuentan con domicilio fijo (82,7%), tienen soporte social (62,6%). Según el estado psicológico, no presentan ansiedad (93,5%), depresión (85,6%) o estrés (61,9%). Según el estado de la enfermedad el 86,3% está en estado avanzado. Según el régimen terapéutico, el 83,5% consumen menos de 5 fármacos al día y su frecuencia de administración es de 8 a 12 horas. Según el entorno asistencial, 63,3% son confiados, 51,1% presentan continuidad en el tratamiento, 75,5% no tienen acceso a los fármacos, 81,3% presentan una actitud flexible ante los procesos de la atención y 59,0% si responden a la confidencialidad con el médico y/o personal asistencial.

Las características personales que se relacionan significativamente ($p < 0,05$) con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos son el grado de instrucción, la situación socioeconómica y tener domicilio fijo. Ninguna característica del estado psicológico y del estado de la enfermedad se relacionan con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos ($p > 0,05$). La característica del régimen de tratamiento si se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es la frecuencia de administración. Las características del entorno asistencial que se relacionan significativamente ($p < 0,05$) con la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos son la continuidad del tratamiento, accesibilidad y la flexibilidad.

Tabla 6:

Relación general entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Satisfacción del usuario	Adherencia a los tratamientos					
	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insatisfecho	49	35,3	7	5,0	56	40,3
Satisfecho	56	40,3	27	19,4	83	59,7
Total	105	75,5	34	24,5	139	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación de Spearman	,229	,075	2,748	,007 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 6, nos muestra que la mayoría de los usuarios están satisfechos (59,7%) con la atención recibida y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es mayoritaria con un 75,5% en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017. Ambas variables están relacionadas significativamente ($p < 0,05$) en un nivel medio-bajo. Es decir, podemos afirmar que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre las dos variables, con 0,007 posibilidad de equivocarnos.

Tabla 7:

Relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Fiabilidad Inherente A La Satisfacción Del Usuario	Adherencia a los Tratamientos					
	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insatisfecho	51	36,7	8	5,8	59	42,4
Satisfecho	54	38,8	26	18,7	80	57,6
Total	105	75,5	34	24,5	139	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coefficiente de correlación de Spearman	,218	,077	2,612	,010 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 7, nos muestra que la mayoría de los usuarios están satisfechos (57,6%) con la fiabilidad en la atención recibida y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es mayoritaria con un 75,5% en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017. Ambas variables están relacionadas significativamente ($p < 0,05$) en un nivel medio bajo. Es decir, podemos afirmar que los resultados no se deben al azar sino a la relación entre las dos variables, con 0,010 posibilidad de equivocarnos.

Tabla 8:

Relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Responsabilidad Inherente a la Satisfacción Del Usuario	Adherencia a los tratamientos					
					Total	
	Adherencia		No Adherencia			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insatisfecho	55	39,6	17	12,2	72	51,8
Satisfecho	50	36,0	17	12,2	67	48,2
Total	105	75,5	34	24,5	139	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coefficiente de correlación de Spearman	,020	,085	0,240	,811 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 8, nos muestra que la mayoría de los usuarios están insatisfechos (51,8%) con la capacidad de respuesta o responsabilidad en la atención y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es mayoritaria con un 75,5% en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017. Ambas variables no están relacionadas ($p > 0,05$) en un nivel bajo. Es decir, podemos afirmar que los resultados se deben al azar y no a la relación entre las dos variables.

Tabla 9:

Relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Seguridad						
Inherente a la satisfacción del usuario	Adherencia a los Tratamientos					
	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insatisfecho	40	28,8	8	5,8	48	34,5
Satisfecho	65	46,8	26	18,7	91	65,5
Total	105	75,5	34	24,5	139	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación de Spearman	,132	,078	1,555	,122 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 9, nos muestra que la mayoría de los usuarios están satisfechos (65,5%) con la seguridad en la atención y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es mayoritaria con un 75,5% en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017. Ambas variables no están relacionadas ($p > 0,05$) en un nivel bajo. Es decir, podemos afirmar que los resultados se deben al azar y no a la relación entre las dos variables.

Tabla 10:

Relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Empatía Inherente a la Satisfacción Del Usuario	Adherencia a los tratamientos					
	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insatisfecho	42	30,2	21	15,1	63	45,3
Satisfecho	63	45,3	13	9,4	76	54,7
Total	105	75,5	34	24,5	139	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación de Spearman	-,188	,083	-2,240	,027 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla N° 10, nos muestra que la mayoría de los usuarios están satisfechos (54,7%) con la empatía en la atención recibida y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es mayoritaria con un 75,5% en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017. Ambas variables están inversamente relacionadas significativamente ($p < 0,05$) en un nivel medio-bajo. Es decir, podemos afirmar que los resultados no se deben al azar sino a la relación inversa entre las dos variables, con 0,027 posibilidad de equivocarnos.

Tabla 11:

Relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.

Tangibilidad						
Satisfacción del Usuario	Adherencia a los tratamientos				Total	
	Adherencia		No Adherencia		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Insatisfecho	59	42,4	12	8,6	71	51,1
Satisfecho	46	33,1	22	15,8	68	48,9
Total	105	75,5	34	24,5	139	100,0

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Coeficiente de correlación de Spearman	,180	,082	2,138	,034 ^c
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

La Tabla Nº 11, nos muestra que la mayoría de los usuarios están insatisfechos(51,1%)con los aspectos tangibles en la atención recibida y que la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es mayoritaria con un 75,5% en usuarios del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017. Ambas variables están relacionadas significativamente ($p < 0,05$) en un nivel medio-bajo. Es decir, podemos afirmar que los resultados no se deben al azar sino a la relación inversa entre las dos variables, con 0,034 posibilidad de equivocarnos.

IV. DISCUSIÓN

Es difícil encontrar una forma única para leer, interpretar y analizar datos estadísticos cuando estos se refieren a resultados de comportamientos humanos, los que, a su vez, se derivan tanto de procesos motivacionales preceptivos (en el caso de la satisfacción del usuario de los servicios de salud) como de una dependencia respecto de un tratamiento (farmacológico o no) para mejorar nuestro estado salud o de bienestar. Se entrecruzan expectativas, temores, etc., cuyo origen pueden ser hasta las creencias y tradiciones socioculturales, religiosas, etc.(WHO, 2003; OMS, 2015). Por ello, se decidió darle a los resultados encontrados una explicación desde una perspectiva medico social global antes que específica cuyo propósito es entender con claridad por qué se habría presentado o no una relación entre la adherencia a los tratamientos con algunas dimensiones de la satisfacción del usuario con el servicio recibido y no con todas ellas. Pero, primero presentamos resultados similares y contrarios encontrados a nivel nacional e internacional.

Respecto de la adherencia farmacológica y no farmacológica nuestros resultados con 75,5% de adherencia, pueden considerarse similares a los reportados por Gramage en España, 2016, que en España reporto 93,15% de adherencia al tratamiento trabajándolo con el mismo método medición (de Morisky). Respecto a la satisfacción del usuario nuestros resultados (59,7% de satisfacción) se pueden considerar contrarios a los reportados por Acapana K, et al, en Perú, 2013, que encontrópredominó de la insatisfacción con un 58.2%.Reyes S. et al,en México, 2015, reportaronalto nivel de satisfacción (88%).

Respecto a las dimensiones causales de la adherencia, los resultados pueden considerarse similares a los reportados por Hidalgo, Falgera y Seguranyes (España, 2016) en cuanto al coste de los tratamientos (lo que para nosotros sería situación socioeconómica o acceso; con Mendoza &col,en Colombia, 2015,respecto del soporte social; con Enríquez, M. en Ecuador, 2013,respecto al domicilio fijo, accesibilidad; con Martínez,

Mayorga y Quevedo, en Colombia, 2012, respecto del grado de instrucción, nivel socioeconómico, soporte social y estado emocional (estrés); con Noel K. en Perú, 2016, respecto de la ansiedad o temor, soporte social y accesibilidad.

Muchas son las opciones que tenemos para explicar los resultados de la relación entre la adherencia a los tratamientos terapéutico y no terapéuticos con la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud. Los enfoques que respaldan estas opciones se basan en el análisis de múltiples investigaciones que podemos clasificarlas en tres grandes grupos: aquellas que explican sus resultados en torno a las características del individuo, sus comportamientos y motivaciones socioculturales; las que lo hacen en torno al tipo de tratamiento, sus régimen de administración y las creencias socioculturales al respecto del comportamiento de los equipos asistenciales; y aquellas que lo hacen en torno a la concurrencia de un conjunto de factores inherentes al individuo, las condiciones de vida material y espiritual del mismo y las formas como están asociadas los diferentes sistemas sanitarios del Estado o privados. Todas estas perspectivas médico-sociales que permiten explicar los resultados del estudio tienen algo en común: reconocen que muy pocas veces las estrategias actuales de prestación de servicios en salud recomiendan la simplificación del régimen terapéutico o no terapéutico y su individualización según los hábitos y necesidades del paciente con el objeto de que la medicación o tratamiento no terapéutico constituya una de las rutinas diarias del individuo. Es decir, todas las investigaciones señalan una ruptura, en la prestación de servicios de salud, con las recomendaciones de la OMS respecto al tratamiento terapéutico y no terapéutico (OR/OMS, 2015; OMS, 2015; OMS/BM, 2015)

El problema al parecer es la amplitud de los criterios con que se tratan de explicar las relaciones entre la adherencia a los tratamientos terapéutico y no terapéuticos con la satisfacción del usuario. La adherencia a un tratamiento (sea terapéutico o no), en sí misma, es un concepto que se

estructura tomando en cuenta los factores, por un lado, del cumplimiento, si toma correctamente el fármaco según su posología o cumple con el programa de tratamiento no farmacológico como se le indica. Por otro lado, toma en cuenta los factores de la continuidad, que hace referencia al uso constante del tratamiento en el tiempo, esto supone que la valoración del incumplimiento que varía según el contexto en que se presenten los casos (WHO, 2003; OMS, 2015).

Esto ha llevado a las sociedades científicas a consensuar, por ejemplo, sobre el olvido de una píldora como todo retraso superior a 12 horas, pero, para casos especiales como el tratamiento anticonceptivo, no para todo tipo de tratamiento. Y las consideraciones son muy específicas que en el caso de los tratamientos anticonceptivos hay reparos de acuerdo a las vías de anticoncepción hormonal consideradas, puesto que la eficacia contraceptiva desciende a partir de ese momento, recomendando el uso de medidas adicionales como el preservativo (OMS, 2015; OMS/BM, 2015).

Para nuestro estudio, en donde no se especifica un tratamiento terapéutico o no terapéutico en particular, los elementos a analizar son generales, por ejemplo los relativos al individuo: el grado de instrucción, la situación socioeconómica el tener domicilio fijo, los relativos a la frecuencia de la administración de medicamento, la continuidad, la accesibilidad de fármacos y la flexibilidad. Es decir, son muchos los conceptos valorativos que condicionan la explicación sobre la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológicos o no farmacológicos con la satisfacción del usuario (Efficace, et al, 2012).

Si tomamos a estos factores solo como conceptos que forman parte de los perfiles de las personas que asumen un tratamiento, la relación entre la adherencia al tratamiento con la satisfacción del usuario resultaría ser una evaluación enfocada en la eficacia farmacológica pos tratamiento. Esta postura teórica podría ser considerada como una sobre estimación de las características causales de la adherencia, sin embargo, no serían los

únicos factores que influirían en la pérdida y efectividad de los fármacos o tratamientos no farmacológicos, por ejemplo. Por ello, creemos que en los resultados encontrados concurren motivaciones personales y sociales y estas motivaciones estarían condicionadas por los indicadores de la satisfacción como fiabilidad, empatía y tangibilidad. No señalamos a los indicadores de la responsabilidad y seguridad, puesto que al parecer caminarían en otro sentido que el de la adherencia al tratamiento (LLINÁS, 2010).

Con ello, podría especularse que estarían caminando por el lado de la calidad de la atención que también los contiene como conceptos y no con la satisfacción del usuario. Por ejemplo, en el caso de los motivos más frecuente de abandono de un método anticonceptivo, destaca la aparición de efectos secundarios que como resultado del tratamiento no están asociado a la satisfacción del usuario, sino, a la calidad de la atención puesto que en ella se evalúa sus aspectos técnicos profesionales y los efectos de los fármacos en el resultado de la atención (Efficace, et al, 2012; OMS/BM, 2015;).

Por otro lado, algunos autores como (Stuart, Secura, Peipert, Pittman, 2013; Hall, White, Rickert, Reame, Westhoff, 2013; Zapata, Steenland, Brahmi, Marchbanks, Curtis, 2013; Kazerooni, Vu, Takizawa, Broadhead, Morreale, 2014; Dueñas, Lete, et al, 2006), indican que la relación entre adherencia a los tratamientos con la fiabilidad, empatía y tangibilidad, inherentes a la satisfacción del usuario dependerían primero del nivel de conocimiento sobre los fármacos o tratamientos no farmacológicos, que de ser negativos, pueden generar problemas de olvido. En segundo lugar dependerían de los costes de los tratamientos que influirían fundamentalmente en la continuidad. En tercer lugar, dependerían de la práctica de descanso en la toma de fármaco o tratamiento no farmacológico que está ligada a falsos mitos de que el organismo tiene que tener ciclos de descanso para un mejor efecto de los tratamientos. Por último, estarían dependiendo de la edad.

Otros autores como (Borrero, Zhao, Mor, Schwarz, Good, Gellad, 2013; Westhoff, Torgal, Mayeda, Shimoni, Stanczyk, Pike, 2012; Carter, Bergdall, Henry, Hatfield, Hock, 2012), consideran que en medio de estas complicadas y forzadas explicaciones, la relación entre la adherencia al tratamiento con la satisfacción de usuarios, debe considerarse como un problema de salud pública, puesto que es manifiesto que existen barreras para unificar criterios al respecto y un proceso de unificación de criterios debe convertirse en un componente central para exponer el estado del arte de dicha relación en todo el mundo en perspectiva de mejorar la de la salud de la población.

La base de esta postura estaría en los propios objetivos de los tratamientos puesto que la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y control de un tratamiento está condicionado a la forma como logra mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir un resultado adecuado, en tal sentido, los tratamientos no serían el objetivo o fin, sino, un medio o condición esencial para conseguir mayor eficacia en tanto resultado positivo en su salud (Curtis, Evens y Sambisa; 2011).

También explica esta postura el hecho que todas las afecciones que requieren tratamiento terapéutico y no terapéutico necesitan de la máxima eficacia de los mismos y que estas se reflejen en mayor bienestar, lo que requiere una adherencia prácticamente perfecta. Además, motivacionalmente se entiende de aspectos psicosociales que estarían influenciando en la conducta y comportamiento de los pacientes y generalmente se hacen a través de mensajes ya aprendidos, recordatorios de experiencias previas, la adaptación a diferentes contextos socioculturales para el tratamiento de la salud, etc., que se han estudiado como situaciones de interés a tomar en cuenta pero que refuerzan comportamientos y conductas respecto al uso o no de medicamentos,

tratamientos y su adherencia a los mismo(Stuart, Secura, Peipert, Pittman, 2013; Hall, White, Rickert, Reame, Westhoff, 2013).

V. CONCLUSIONES

1. Las dimensiones causales de la adherencia en usuario del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca 2017, son las características personales como grado de instrucción, situación socioeconómica y el domicilio fijo; la característica del régimen de tratamiento como frecuencia de administración; las características del entorno asistencial como continuidad del tratamiento, accesibilidad y flexibilidad en el tratamiento.
2. La mayoría de usuario (75,5%) se adhieren al tratamiento Farmacológico y no farmacológico y están satisfechos (59,7%) con la atención recibida. La adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos se relaciona significativamente ($p < 0.05$) con la satisfacción del usuario.
3. La adherencia a los tratamientos Farmacológico y no farmacológico se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario.
4. La adherencia a los tratamientos Farmacológico y no farmacológico no se relaciona ($p > 0,05$) con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario.
5. La adherencia a los tratamientos Farmacológico y no farmacológico no se relaciona ($p > 0,05$) con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario.
6. La adherencia a los tratamientos (Farmacológico y no farmacológico) se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la empatía inherente a la satisfacción del usuario.

7. La adherencia a los tratamientos Farmacológico y no farmacológico se relaciona significativamente ($p < 0,05$) con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario.

VI. RECOMENDACIONES

1. Generar en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, programas de información, educación y comunicación sobre los beneficios e importancia de la adherencia a los tratamientos Farmacológico y no farmacológico dirigida a los usuarios.
2. Promover en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca la generación de programas de mejora de la responsabilidad y seguridad en la atención del usuario. El objeto es desarrollar nuevos procesos alternativos para mejorar la satisfacción del usuario respecto del servicio que recibe.
3. Capacitar al personal del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca , en marcando principalmente en las dimensiones de fiabilidad , empatía y tangibilidad de la satisfacción.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acapana K, Aguado Sh, Ariza A, Barriga St, Beraun St, Cabanillas F, Roman M, Salazar G, Tacilla M, Uribe Z, Zambrano N. Nivel de satisfacción del usuario externo que se atiende en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos en octubre del 2012. Perú: Universidad Ricardo Palma, 2013.
- Allen J y Williamson S. (2014). Sobre el cumplimiento de la quimioterapia oral con capecitabina. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36(2): 271-3.
- American Society of Clinical Oncology. El uso creciente de fármacos de quimioterapia oral estimula una mayor atención al cumplimiento del paciente. *J Oncol Pract*. 2008; 4(4): 175-7.
- Borrero S, Zhao X, Mor MK, Schwarz EB, Good CB, Gellad WF. Adherence to hormonal contraception among women veterans: differences by race/ethnicity and contraceptive supply. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 209(2): 103.e1-11.
- Cadena L. (2010). Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009 agosto 2010. Ecuador: UTN.
- Cañas F, Roca M. (2012). Adherencia terapéutica. Barcelona: Editorial Ars Medica.
- Carter MW, Bergdall AR, Henry-Moss D, Hatfield-Timajchy K, Hock-Long L. A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception*. 2012; 86(5): 543-50.
- Clemenza C, Gotera A, Araujo R. (2010). Calidad de los Servicios Prestados por el Servicio Autónomo Municipal de Administración Tributaria. Universidad de Zulia Maracaibo Venezuela: Revista Venezolana de Gerencia, vol. 15, num. 49 pp. 103- 124
- Curtis S, Evens S, Sambisa W. Contraceptive discontinuation and unintended pregnancy: an imperfect relationship. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011; 37: 58-66.

- Chen TC, Chen LC, Huang YB y Chang CS. (2014). La adherencia al imatinib asoció los resultados clínicos del tratamiento de la leucemia mieloide crónica en Taiwán. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36(1): 172-81.
- De Benito E. El coste de saltarse la medicación. *El País*. 17/02/2014 [fecha de acceso 20/02/2014]; Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/17/actualidad/1392668520_994434.html.
- Dueñas JL, Lete I, Serrano I, Dovala JL, Martínez-Salmeán J, Coll C, et al. La práctica de «descansos» en el uso de anticoncepción hormonal oral en España. Resultados de 4 encuestas de ámbito nacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2006; 49(1): 25-31.
- Efficace F, Baccarani M, Rosti G, F Cottone, Castagnetti F, Breccia M, et al. (2012). Factores de investigación asociados con el comportamiento de adherencia en pacientes con leucemia mieloide crónica: un estudio observacional centrado en el paciente. *Br J Cáncer*. 2012; 107 (6): 904 - 9.
- Enríquez M. Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el Sub Centro de Salud del Cantón Quero Provincia de Tungurahua en el período agosto 2012- marzo 2013. Ecuador: UTA, 2013.
- Escobar I, Campo M, Martin J, Fernández-Shaw C, Pulido F, Rubio R. Factors affecting patient adherence to highly active antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother* 2003; 37(6):775-781.
- Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martin-Conde MT, Casado JL, Codina C, Fernandez J, Galindo MJ, Ibarra O, Llinas M, Miralles C, Riera M, Fumaz CR, Segador A, Segura F, Segura F. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2008. Disponible en: <http://www.msc.es>; <http://www.gesida.seimc.org> [consulta: 03-02-2017].

- Escobar A, et al. (2010). Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1º nivel, Maniozales, 2005-2007. España: CUAB.
- Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, et al. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010. Ciencia y Desarrollo. 2011; 13: 53-62
- Fontanals S, Creus N, Martín M, Ribas J, March M. Adherencia al tratamiento quimioterápico oral. Aten Farm. 2011; 13(1): 24-33.
- Ganesan P, Sagar TG, Dubashi B, Rajendranath R, Kannan K, Cyriac S, et al. La no adherencia al imatinib afecta negativamente la supervivencia libre de eventos en la leucemia mieloide crónica de fase crónica. Am J Hematol. 2011; 86(6): 471-4.
- Gramage T. (2016). Adherencia al tratamiento con antineoplásicos orales. España: UCM.
- Hall KS, White KO, Rickert VI, Reame NK, Westhoff CL. An exploratory analysis of associations between eating disordered symptoms, perceived weight changes, and oral contraceptive discontinuation among young minority women. J Adolesc Health. 2013; 52(1): 58-63.
- Hall KS, Castaño PM, Westhoff CL. The influence of oral contraceptive knowledge on oral contraceptive continuation among young women. J Womens Health (Larchmt). 2014; 23(7): 596-601.
- Hamui A, Fuentes R, Aguirre R, et al. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. Facultad de Medicina, 2013. p.45.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill, 2012.
- Herrera M. (2016) Grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados con las dietas basales y terapéuticas en centros sanitarios públicos. Madrid España: UCM.
- Hidalgo E, Falgera G, Seguranyes GI. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. Rev. Matronas. Prof. 2016; 17(1): 28:34

- Hirji I, Gupta S, Goren A, Chirovsky DR, Moadel AB, Olavarria E, et al. (2013) Leucemia mieloide crónica (LMC): asociación de satisfacción en el tratamiento, experiencia negativa con medicamentos y restricciones de tratamiento con los resultados de salud, desde la perspectiva del paciente. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11: 167
- Hodgson EJ, Collier C, Hayes L, Curry LA, Fraenkel L. Family planning and contraceptive decision-making by economically disadvantaged, African-American women. *Contraception*. 2013; 88(2): 289-96.
- Hohneker J, Shah-Mehta S y Brandt PS. Perspectives on adherence and persistence with oral medications for cancer treatment. *J Oncol Pract*. 2011; 7(1): 65-7.
- Huerta L. (2015). Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el topico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015. Perú: UNMSM.
- Kazerooni R, Vu K, Takizawa A, Broadhead C, Morreale AP. Association of copayment and socioeconomic status with hormonal contraceptive adherence in a female veteran population. *Womens Health Issues*. 2014; 24(2): e237-41.
- Kondryn HJ, Edmondson CL, Hill J y Eden TO (2011). Treatment non-adherence in teenage and young adult patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2011; 12(1): 100-8.
- LLINÁS, A. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la reforma del Sistema. *Revista Salud Uninorte*. 2010; 26 (1): 143-154.
- Lynam I, Catley D, Goggin K, Rabinowitz JL, Gerkovich MM, Williams K, Wright J; (2009) MOTIVO8. Regulación autónoma y locus de control como predictores de adherencia a medicamentos antirretrovirales. *J Health Psychol* 2009; 14(4):578-586
- Marin D, Bazeos A, Mahon FX, Eliasson L, Milojkovic D, Bua M, et al. La adherencia es el factor crítico para lograr respuestas moleculares en pacientes con leucemia mieloide crónica que logran respuestas citogenéticas completas sobre imatinib. *J Clin Oncol*. 2010; 28(14): 2381-8.

- Martínez A, Mayorga V, Quevedo K. (Colombia, 2012). Adherencia al control prenatal, dificultades y retos. Colombia: UJB.
- McCowan C, Shearer J, Donnan PT, Dewar JA, Crilly M, Thompson AM, et al. Estudio de cohortes que examina la adherencia al tamoxifeno y su relación con la mortalidad en mujeres con cáncer de mama. Br J Cancer. 2008; 99(11): 1763-8.
- Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano ST, Varela A. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Colombia: UCV, 2015.
- Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, Wilson K, Buchan I, Gill CJ, Cooper C. (2006). Adherencia al TARGA: una revisión sistemática de las barreras y facilitadores informados por los países desarrollados y en desarrollo. PLoS Med 2006; 3(11):e438.
- Ministerio de Salud. (MINSA, 2011). Análisis de situación de salud la Libertad 2011. Perú: MINSA/DRESA
- Noel K. Factores asociados al abandono del control prenatal en el centro de salud Los Libertadores, distrito de San Martín de Porres. Marzo a Mayo 2016. Perú: USMP, 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Ginebra: OMS/Consejo Ejecutivo 138.a reunión. Punto 10.1 del orden del día provisional. 18 de Diciembre de 2015.
- Oficina Regional de la OMS para Europa (2015). Hacia sistemas de salud centrados en las personas: un enfoque innovador para mejorar los sistemas de salud. Copenhagen, Oficina Regional para Europa. Ginebra: OMS/BM.
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2015). Seguimiento de la cobertura universal de salud: primer informe de monitoreo mundial.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Recursos humanos para la salud: Marco de acción para la Región del Pacífico Occidental (2011-2015)

- Reyes S, Paredes S, Legorreta J, Romero N, Flores M, Andersson N. (2015) Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. *Rev Cubana Estomatol.* 2015; 52 (3)
- Sánchez M. (2010). Adherencia a tratamientos antirretrovirales simplen en una o dos tomas diarias. España: UCM.
- Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Brasil: Latino-Am.* 2014; 22(3):454-60
- Södergård B, Halvarsson M, Tully MP, Mindouri S, Nordström ML, Lindbäck S, Sönnernborg A, Lindblad AK. Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. *J Clin Pharm Ther* 2006; 31(6):605-616
- Stuart JE, Secura GM, Peipert JF, Pittman ME. Factors associated with 12-month discontinuation among contraceptive pill, patch and ring users. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(2): 330-6.
- Westhoff CL, Torgal AT, Mayeda ER, Shimoni N, Stanczyk FZ, Pike MC. Predictors of noncompliance in an oral contraceptive clinical trial. *Contraception.* 2012; 85: 465-9.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: WHO.
- Wu EQ, Johnson S, Beaulieu N, Arana M, Bollu V, Guo A, et al. Utilización de los recursos sanitarios y costes asociados con la no adherencia al tratamiento con imatinib en pacientes con leucemia mieloide crónica. *Curr Med Res Opin.* 2010b; 26(1): 61-9.
- Villacis C, Becerra D, Negrete L. (2012). Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativa de Bogota. Colombia: UNC.
- Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review. *Contraception.* 2013; 87(5): 674-84.
- Zela CL, Figueroa Y. Factores que influyen en la adherencia de la embarazada al control prenatal en el Centro de salud La Revolución. Juliaca. Agosto a Noviembre. 2015. Perú: UANCV.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

“Adherencia a los tratamientos (Farmacológicos y no farmacológicos) y su relación con la satisfacción del usuario. Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca, 2017.”

CUESTIONARIO/ENCUESTA

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos (Farmacológicos y no farmacológicos) con la satisfacción del usuario, por lo cual solicito su colaboración, expresándole que los resultados serán de carácter anónimo, confidencial y de fines exclusivos para la investigación a realizar.

I. DATOS RELACIONADOS A ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS (FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS)

1. Características personales	<ul style="list-style-type: none">Edad () ≤19 años () 20-45 años () 46-65 años () >65 añosGrado de instrucción () Sin instrucción () primaria () secundaria () SuperiorSituación socioeconómica () Extrema pobreza () Pobreza () Media () alta () muy altaDomicilio fijo () SI () NOSoporte social () SI () NO
2. Estado psicológico	<ul style="list-style-type: none">Ansiedad () SI () NODepresión () SI () NOEstrés () SI () NOEnfermedad psiquiátrica () SI () NOActitudes negativas derivadas de la adicción a drogas u alcohol () SI () NO
3. Estado de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">Avanzado () SI () NO
4. Régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none">Número de fármacos al día () menor 5 () mayor de 5Frecuencia de la administración (de 2 ó 4 h) (de 8 ó 12 h) (de 24 h) (más de 24 h)
5. Entorno asistencial	<ul style="list-style-type: none">Confianza () SI () NOContinuidad () SI () NOAccesibilidad () SI () NOFlexibilidad () SI () NOConfidencialidad con el médico y el resto del equipo () SI () NO

6. De la adherencia propiamente dicha	6.1 ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? () SI () NO
	6.2 ¿Toma siempre los medicamentos a las horas indicadas? () SI () NO
	6.3 Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la mediación? () SI () NO
	6.4 Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla? () SI () NO

II. DATOS SOBRE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: ESCALA SERVQUAL (MINSA, 2011); GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO; PERÚ

Califique las sus respuestas que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que HA RECIBIDO en el servicio. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?							
2	¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?							
3	¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?							
4	¿Cuando usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?							
5	¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
6	¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida?							
7	¿La atención en el área de admisión fue rápida?							
8	¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?							
9	¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?							
10	¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?							
11	¿El médico u otro profesional que le atendió le realizó un examen completo y minucioso?							
12	¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?							
13	¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?							
14	¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	¿El personal de caja, /farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
16	¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
17	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?							
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le							

	brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?							
19	¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?							
20	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?							
21	¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?							
22	¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?							

ANEXO 2

PRUEBA DE NORMALIDAD PARA EL USO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON SATISFACCIÓN DE USUARIOS: ESCALA SERVQUAL (MINSAL, 2011)

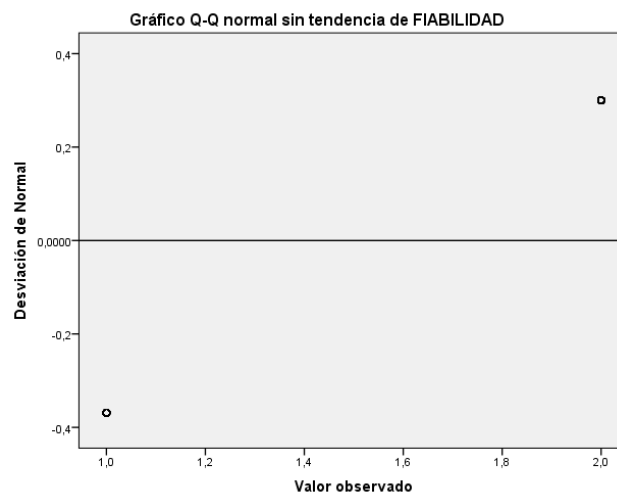
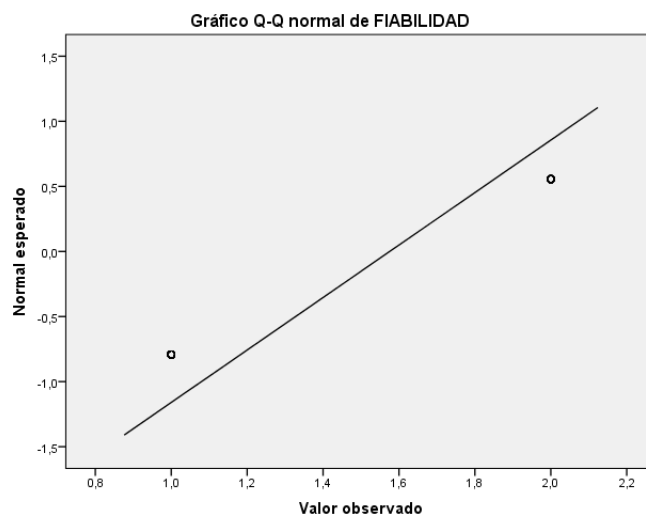
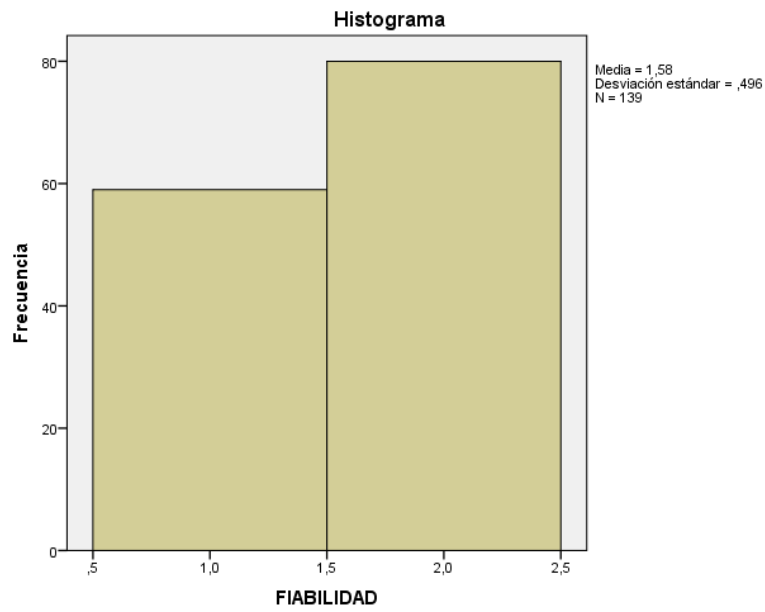
Descriptivos			Estadístico	Error estándar
FIABILIDAD	Media		1,58	,042
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,49	
		Límite superior	1,66	
	Media recortada al 5%		1,58	
	Mediana		2,00	
	Varianza		,246	
	Desviación estándar		,496	
	Mínimo		1	
	Máximo		2	
	Rango		1	
	Rango intercuartil		1	
	Asimetría		-,309	,206
	Curtosis		-1,933	,408
RESPONSABILIDAD	Media		1,48	,043
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,40	
		Límite superior	1,57	
	Media recortada al 5%		1,48	
	Mediana		1,00	
	Varianza		,251	
	Desviación estándar		,501	
	Mínimo		1	
	Máximo		2	
	Rango		1	
	Rango intercuartil		1	
	Asimetría		,073	,206
	Curtosis		-2,024	,408
SEGURIDAD	Media		1,65	,040
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,57	
		Límite superior	1,73	
	Media recortada al 5%		1,67	
	Mediana		2,00	
	Varianza		,228	
	Desviación estándar		,477	
	Mínimo		1	
	Máximo		2	
	Rango		1	
	Rango intercuartil		1	
	Asimetría		-,658	,206
	Curtosis		-1,590	,408
EMPATÍA	Media		1,55	,042
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,46	
		Límite superior	1,63	

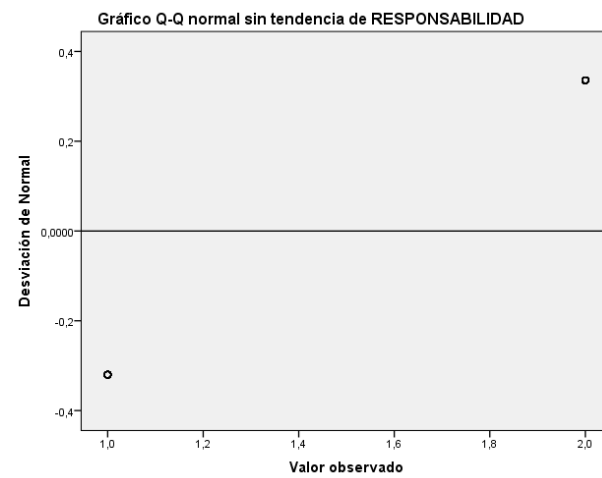
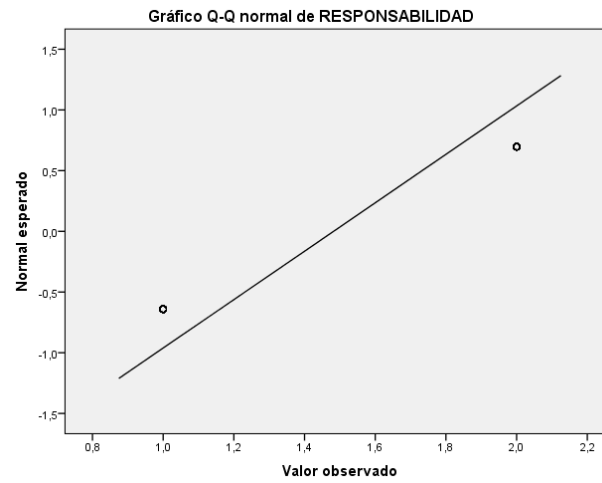
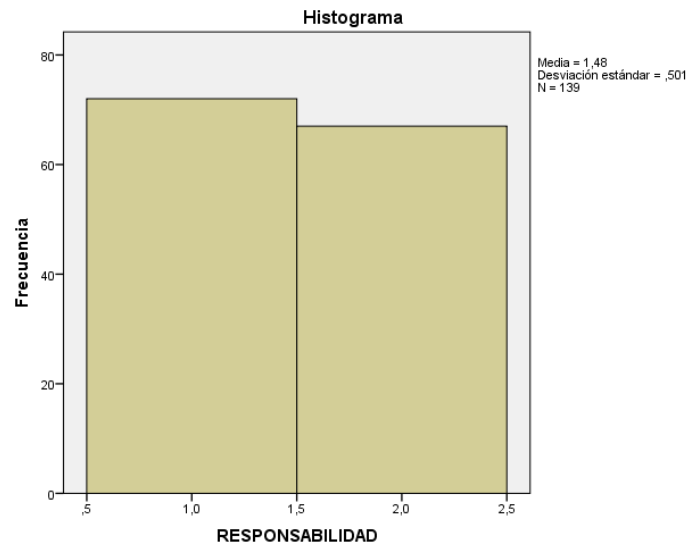
	Media recortada al 5%		1,55	
	Mediana		2,00	
	Varianza		,250	
	Desviación estándar		,500	
	Mínimo		1	
	Máximo		2	
	Rango		1	
	Rango intercuartil		1	
	Asimetría		-,190	,206
	Curtosis		-1,993	,408
TANGIBLES	Media		1,49	,043
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,41	
		Límite superior	1,57	
	Media recortada al 5%		1,49	
	Mediana		1,00	
	Varianza		,252	
	Desviación estándar		,502	
	Mínimo		1	
	Máximo		2	
	Rango		1	
	Rango intercuartil		1	
	Asimetría		,044	,206
	Curtosis		-2,027	,408
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Media		1,60	,042
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,51	
		Límite superior	1,68	
	Media recortada al 5%		1,61	
	Mediana		2,00	
	Varianza		,242	
	Desviación estándar		,492	
	Mínimo		1	
	Máximo		2	
	Rango		1	
	Rango intercuartil		1	
	Asimetría		-,400	,206
	Curtosis		-1,867	,408

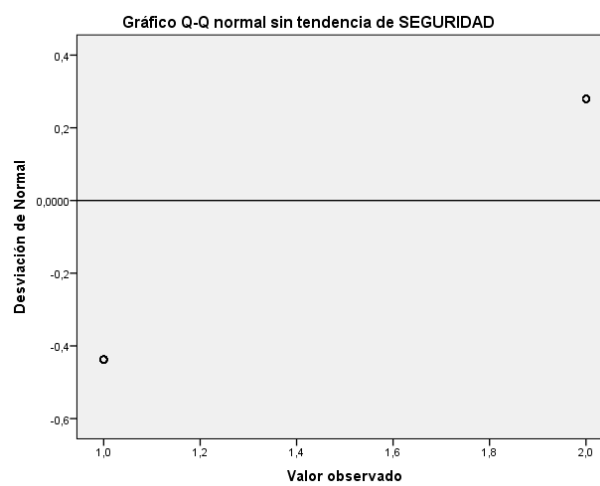
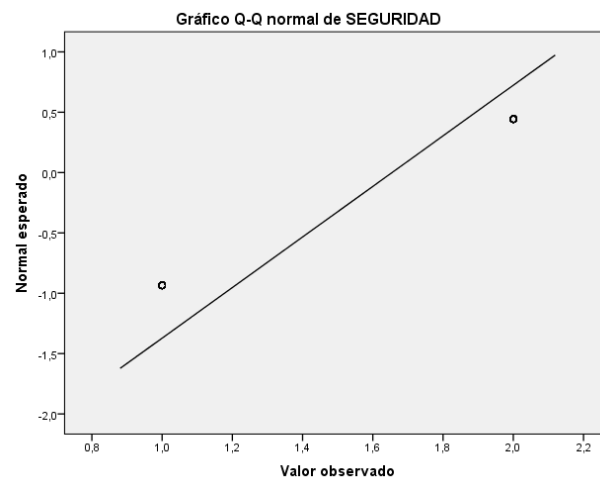
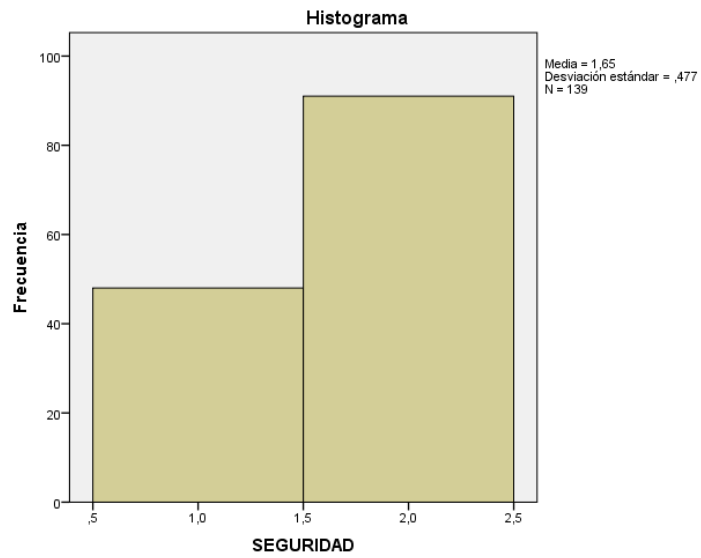
Pruebas de normalidad

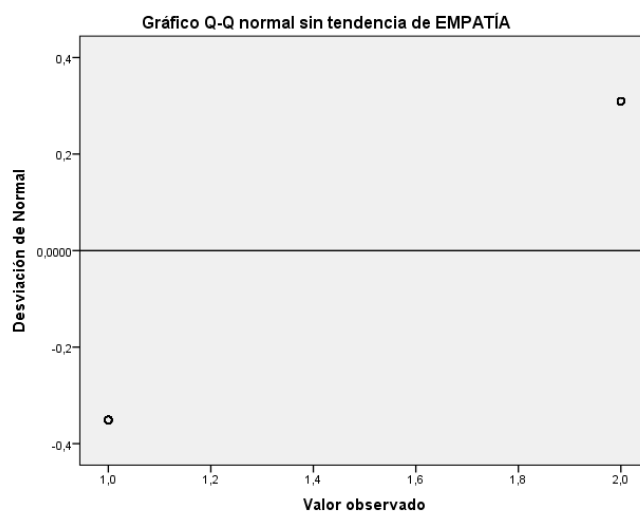
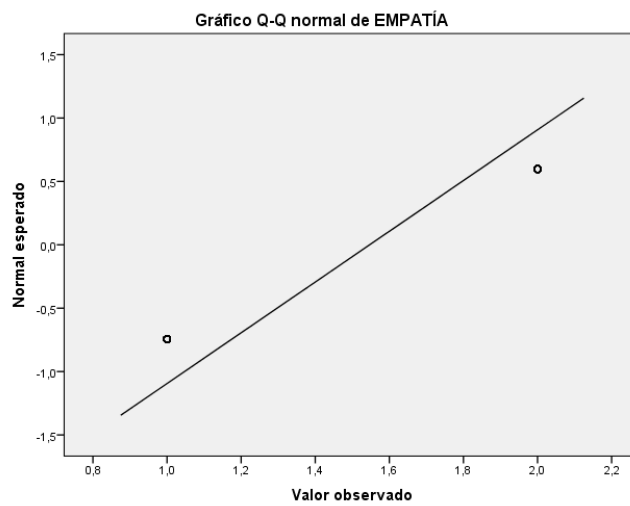
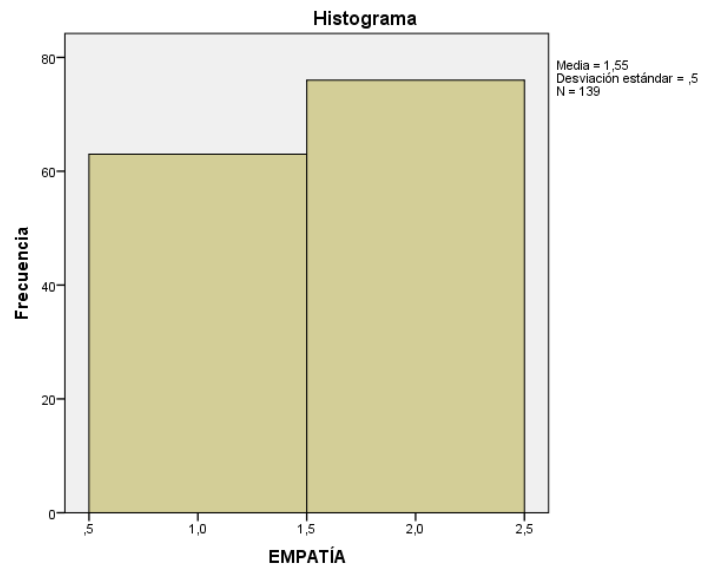
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FIABILIDAD	,379	139	,000	,628	139	,000
RESPONSABILIDAD	,350	139	,000	,636	139	,000
SEGURIDAD	,420	139	,000	,601	139	,000
EMPATÍA	,365	139	,000	,633	139	,000
TANGIBLES	,346	139	,000	,636	139	,000
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	,391	139	,000	,623	139	,000

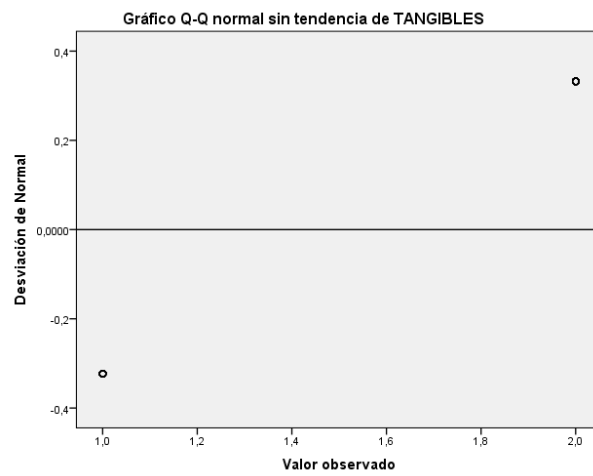
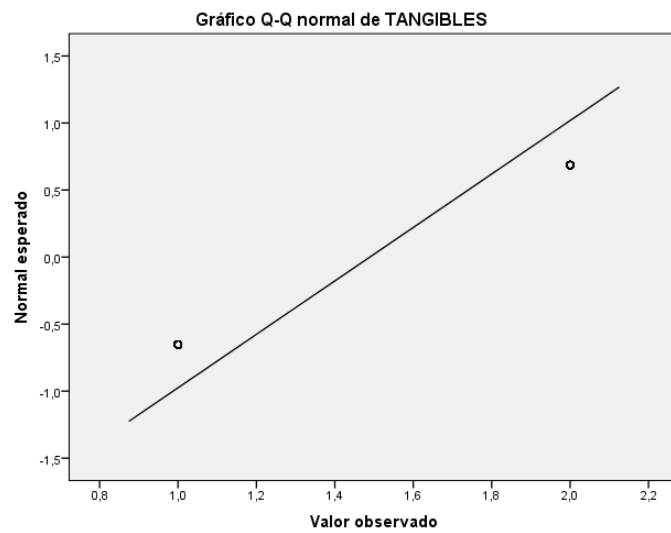
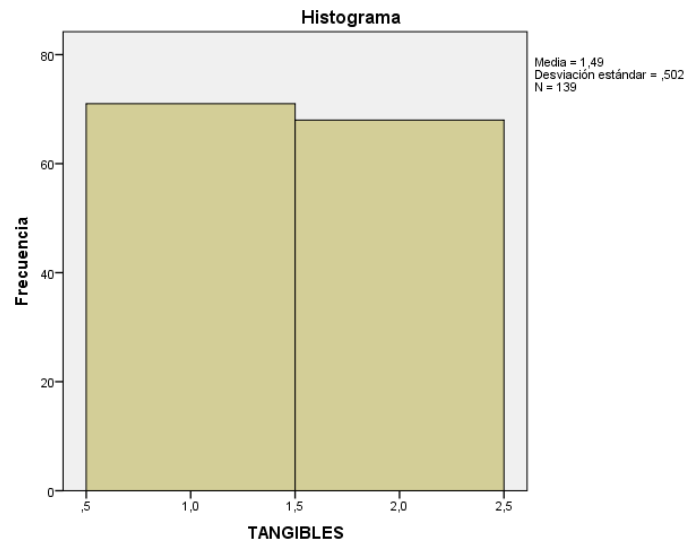
a. Corrección de significación de Lilliefors

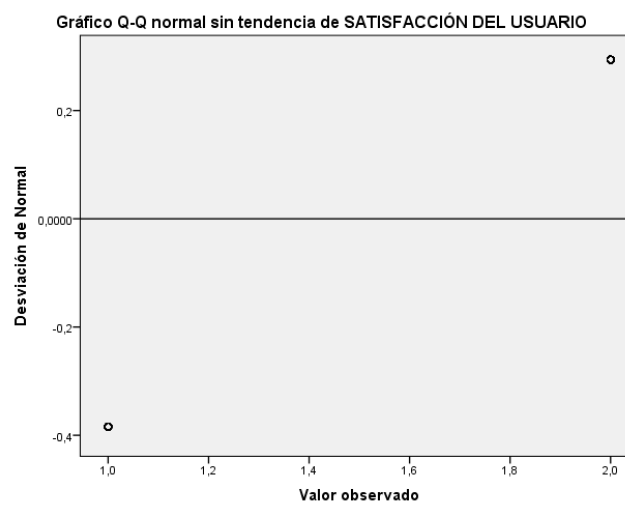
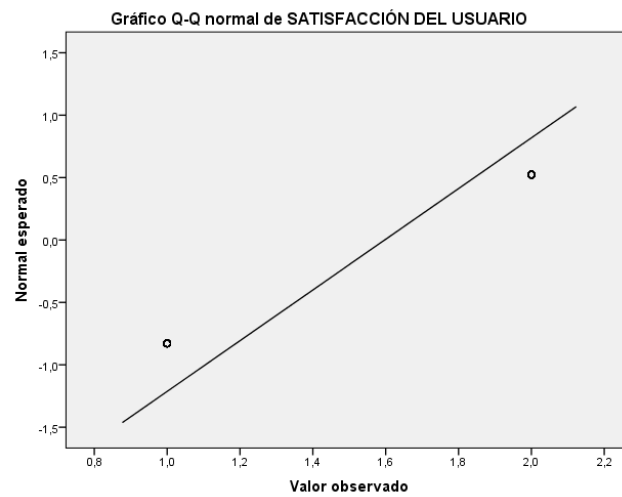
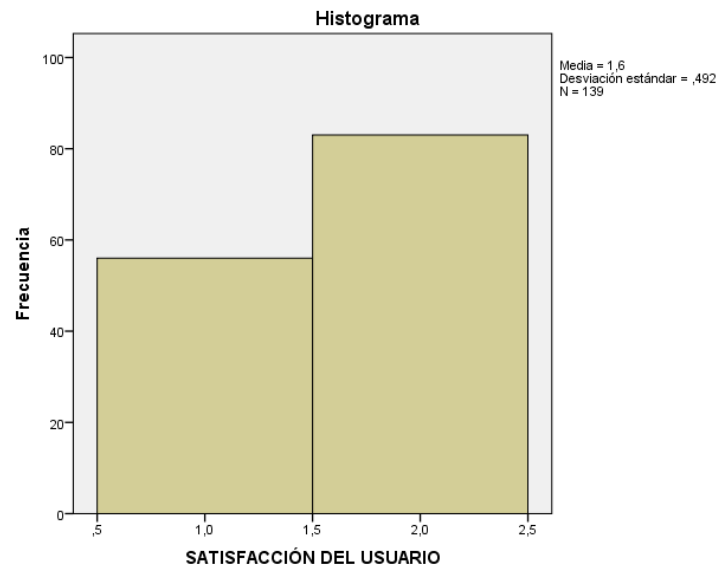












ANEXO 3
CRONOGRAMA DE EJECUCION:

Nº		2017																												ENERO			FEBRERO			MARZO		
		JUNIO	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE															
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4												
1	Planteamiento del problema, objetivos y justificación																																					
2	Elaboración del marco teórico																																					
3	Elaboracion de hipótesis y marco metodológico																																					
4	Elaboración y validación del instrumento																																					
5	Presentación del primer avance																																					
	Reuniones de asesoría personalizada																																					
6	Designación del jurado																																					
7	Presentación del proyecto de investigación para su revisión y																																					
8	Presentación del proyecto de investigación con observaciones levantadas																																					
9	Sustentación del proyecto de investigación																																					
10	Recolección de datos																																					
11	Procesamiento de los datos.																																					
12	Análisis de los resultados y contrastación de hipótesis																																					
13	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																					
14	Redacción del informe																																					
15	Presentación del informe de tesis y sustentación																																					
16	Sustentación de tesis																																					

ANEXO 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA EJECUCION DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

TITULO: Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario .Centro de Salud Simón Bolívar,Cajamarca 2017

FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEORICO	DIMENSIONES	METODOS
¿Cuál es la relación entre la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017?	Hipótesis general La adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	Objetivo generales Determinar la relación entre la adherencia los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca, 2017.	Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos	Adherencia Definición conceptual Comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos. Es entendida como una actitud del paciente que implica su compromiso respecto a la medicación o tratamiento prescrita por el médico u otro profesional de salud autorizado, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico (OMS, 2003.)	1. Características personales	Diseño: descriptivo correlacional de carácter transversal Población: La población está constituida por 4,044 usuarios que en promedio al mes se atienden en los servicios que brinda el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca: Muestra: Es de 139 usuarios del centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca. Técnica: cuestionario Instrumento: Test de Morisky –Green y la Escala multidimensional de SERQUAL Métodos de análisis de datos: Se aplicó el programa estadístico SPSS
		Objetivos específicos 1. Identificar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según sus dimensiones como: características personales, estado psicológico, régimen terapéutico y el entorno asistencial del usuario. 2. Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario 3. Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario 4. Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario. 5. Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la empatía inherente a la satisfacción del usuario 6. Determinar la relación entre la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario.		Definición operacional Resultados de aplicar Test de Morisky-Green (Morisky et al., 1986), Versión española de (Jimenez et al. 1992) que incluye 4 interrogantes: 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? 2. ¿Toma siempre los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?	2. Estado psicológico 3. Estado de la enfermedad 4. Régimen terapéutico 5. Entorno asistencial	
			Satisfacción del usuarios	Definición conceptual Percepción de la calidad de servicio recibido por parte del usuario, se enfoca en los elementos de la empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad, y seguridad y tangibilidad (Minsa 2011)	1. Fiabilidad	
				Definición operacional Resultado de la aplicación de la escala multidimensional Serqual que toma en cuenta el acumulado de las dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, y aspectos tangibles. Este acumulado será calificado de forma cualitativa, mediante la siguientes escala ordinal. Satisfecho = 89 -154 Insatisfecho = 22 -88	2. Capacidad respuesta 3. Seguridad 4. Empatía 5. Tangible	

ANEXO 5

SOLICITUD DE PERMISO PARA
APLICACIÓN DE ENCUESTA

Cajamarca 27 de octubre del 2017

Dra. Carmen Gloria Sagastegui Ponsignon
Jefa del Centro de Salud Simón Bolívar

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
C.S. SIMÓN BOLÍVAR
OFICINA DE SECRETARÍA

Nº _____
FECHA 01/26/10/17
HORA 11:28 am
FIRMA _____

Solicito permiso para aplicación de encuesta de proyecto de tesis

Es grato dirigirme al despacho de su honorable cargo para expresarle mi fraternal saludo de paz y bien, así mismo para solicitarle que se me permita aplicar una encuesta del proyecto de tesis para obtener el grado académico de *Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud* con el título de ***"Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario del Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca"*** y como autores al Br. Guzmán Gaona, Carlos (Médico) y Br. Julca Araujo, Juan Napoleón (Obstetra).

Por tal motivo, solicito a su persona me permita realizar dichas encuestas a partir del día lunes 30 de octubre del presente año.

Acompaño encuesta validada que se desea aplicar.

Atentamente:



Obst. Juan Napoleón Julca Araujo

DNI: 19532282



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Cajamarca, 25 de Noviembre del 2017

CARTA N°001-17-GR.CAJ/DRSC.RED II/C.S.SBOLIV/CAP

Sr.

JUAN NAPOLEON JULCA ARAUJO, CARLOS GUZMAN GAONA


SOLICITANTE –

REF. : APLICACIÓN DE ENCUESTA TRABAJO DE INVESTIGACION TESIS "Adherencia a los
Tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción
del usuario del CS. Simón Bolívar"

Presente.-

Es grato dirigirme a Ud, a la vez mediante el presente se le comunica que se le está autorizando la aplicación de encuesta de su Trabajo de Investigación TESIS "Adherencia a los Tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario del CS. Simón Bolívar", en el C.S Simón Bolívar. Augurándole muchos éxitos y a espera de la socialización de resultados, compromiso asumido por Uds.

Atentamente,


Gladis Mery Ortiz Vasquez
OBSTETRA
COP 7620

ANEXO Nº 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, Marlene Zamora Diaz,.....
.....con DNI
71956769....., tras haber comprendido
que las preguntas que responderé ayudaran al proyecto de
investigación sobre la relación de la adherencia al tratamiento
farmacológico y no farmacológico con la satisfacción del usuario
Habiendo leído la hoja de información que se me ha entregado
acerca de los objetivos, métodos y beneficios del presente
estudio, del cual el obstetra Juan Julca Araujo me ha explicado lo
antes mencionado . Además comprendo que mi participación es
voluntaria y que presto libremente mi conformidad para participar en
el presente trabajo.

Cajamarca, ...3... de Diciembre de 2017.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, Santos Ch6nez Gallardo
.....con DNI
48.562592....., tras haber comprendido
que las preguntas que responder6 ayudar6n al proyecto de
investigaci6n sobre la relaci6n de la adherencia al tratamiento
farmacol6gico y no farmacol6gico con la satisfacci6n del usuario
Habiendo le6do la hoja de informaci6n que se me ha entregado
acerca de los objetivos, m6todos y beneficios del presente
estudio, del cual el obstetra Juan Julca Araujo me ha explicado lo
antes mencionado . Adem6s comprendo que mi participaci6n es
voluntaria y que presto libremente mi conformidad para participar en
el presente trabajo.

Cajamarca,....3... de..Noviembre.... de 2017.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, Marilú Limay Chaves
44 00 98 66.....con DNI
....., tras haber comprendido
que las preguntas que responderé ayudaran al proyecto de
investigación sobre la relación de la adherencia al tratamiento
farmacológico y no farmacológico con la satisfacción del usuario
Habiendo leído la hoja de información que se me ha entregado
acerca de los objetivos, métodos y beneficios del presente
estudio, del cual el obstetra Juan Julca Araujo me ha explicado lo
antes mencionado . Además comprendo que mi participación es
voluntaria y que presto libremente mi conformidad para participar en
el presente trabajo.

Cajamarca,.....4... de Diciembre... de 2017.



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA BASE DE DATOS SPSS

SPSS/PC. V.22

TITLE: "ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS (FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS) Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO. CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA".

DATA LIST (posición que ocupan las variables)

/V1 1 V2 2 V3 3 V4 4 V5 5 V6 6 V7 7 V8 8.

Variable Label (Nombres de las variables)

/Var 1 'Edad'

/Var 2 'Grado de Instrucción'

/Var 3 'Situación socioeconómico'

/Var 4 'Domicilio fijo'

/Var 5 'Soporte social'

/Var 6 'Ansiedad'

/Var 7 'Depresión'

/Var 8 'Estrés'

/Var 9 'Enfermedad psiquiátrica'

/Var 10 'Actitudes negativas derivadas a drogas u alcohol'

/Var 11 'Estado de la enfermedad avanzado'

/Var 12 'Número de fármacos al día'

/Var 13 'Frecuencia de la administración'

/Var 14 'Confianza'

/Var 15 'Continuidad'

/Var 16 'Accesibilidad'

/Var 17 'Flexibilidad'

/Var 18 'Confidencialidad con el médico y el resto del equipo'

/Var 19 'De la adherencia propiamente dicha'

/Var 20 'Fiabilidad'

/Var 21 'Responsabilidad'

/Var 22 'Seguridad'

/Var 23 'Empatía'

/Var 24 'Tangibles'

/Var 25 'Satisfacción del usuario'

Value Labels (Valores de las variables)

/V1 1 '<20 Años' 2 '20-45 Años' 3 '46-65 Años' 4 '>65 Años'

/V2 1 'sin instrucción' 2 'Primaria' 3 'Secundaria' 4 'superior'

/V3 1 'Extrema pobreza' 2 'Pobreza' 3 'Media' 4 'Alta'

/V4 1 'Si' 2 'No'

/V5 1 'Si' 2 'No'

/V6 1 'Si' 2 'No'

/V7 1 'Si' 2 'No'

/V8 1 'Si' 2 'No'

/ V9 1 'Si' 2 'No'
 / V10 1 'Si' 2 'No'
 / V11 1 'Si' 2 'No'
 / V12 1 '≤5' 2 '>5'
 / V13 1 '2 o 4 h' 2 '8 o 12 h' 3 '24 h' 4 '>24 h'
 / V14 1 'Si' 2 'No'
 / V15 1 'Si' 2 'No'
 / V16 1 'Si' 2 'No'
 / V17 1 'Si' 2 'No'
 / V18 1 'Si' 2 'No'
 / V19 1 'Adherencia' 2 'No adherencia'
 / V20 1 'Insatisfecho' 2 'Satisfecho'
 / V21 1 'Insatisfecho' 2 'Satisfecho'
 / V22 1 'Insatisfecho' 2 'Satisfecho'
 / V23 1 'Insatisfecho' 2 'Satisfecho'
 / V24 1 'Insatisfecho' 2 'Satisfecho'
 / V25 1 'Insatisfecho' 2 'Satisfecho'

Begin Data. (Listado de los datos)

V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 1 0	V 1 1	V 1 2	V 1 3	V 1 4	V 1 5	V 1 6	V 1 7	V 1 8	V 1 9	V 2 0	V 2 1	V 2 2	V 2 3	V 2 4	V 2 5
2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
2	4	3	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2
2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
2	4	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1
1	3	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2
2	1	3	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2
2	2	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1
2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2
1	3	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2
2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2
3	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2
3	3	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
2	4	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2
2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
4	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2
3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1
3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
1	3	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2
2	4	4	1	1	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2
3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
3	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2
2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2
4	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2
2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2
2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1
1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1
1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1
2	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1
1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
2	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
2	4	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2
2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1
2	3	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1
3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1

2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1
3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1
3	2	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2
3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2
3	2	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2
3	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1
3	2	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2

End Data. (Fin de datos)